Nr. 1. 1. stycznia 1928. Rok VII.

POLSKA GAZETA LEKARSKA

PRACE ORYGINALNE.

Dr. med. Seweryn CYTRONBERG. Warszawa.

O właściwościach treści dwunastniczej w różnych schorzeniach żołądka.

Z Zakładu Patologji Ogólnej i Doświadczalnej Uniwersytetu Warszawskiego. Kierownik: Prof. Dr. Franciszek Venulet.

Od czasu wprowadzenia do kliniki zgłębnika Einhorna, ogłoszono cały szereg prac, dotyczących różnych właściwości treści dwunastniczej oraz mechanizmu wydzielania jej poszczególnych składników. Zwłaszcza zwrócono uwagę na elementy morfologiczne jej osadu, na zawartość różnych składników żółciowych, zaczynów trzustkowych i t. d. Na podstawie różnych wyników, osiągniętych podczas badania treści dwunastniczej usiłowano wyciągnąć wnioski co do rodzaju i natężenia schorzenia samej dwunastnicy, wątroby, dróg żółciowych oraz trzustki. Z najnowszych dociekań w tej dziedzinie przytoczę kilka prac, bądź dlatego, że mają one pewną styczność z badaniami, o których poniżej będzie mowa, bądź też po to, by wykazać, w jakim kierunku posuwają się w chwili obecnej badania nad treścią dwunastniczą.

Krieger[1]), Langanke[2]), Filiński[3]) Deloch[4]), Falkenhausen[5]), Adamowicz[6]) i wielu inn. badali wpływ pewnych bodźców chemicznych, jako to, kwasu solnego, siarczanu magnezowego, eteru, mieszaniny olejku kamforowego z miętą, na czynność wydzielniczą wątroby i trzustki oraz na stężenie zaczynów trzustkowych w treści dwunastniczej. Adamowicz określał także zasadowość treści dwunastniczej i jej ciężar właściwy; według niego nie bywa on naczczo wyższy ponad 1009—1011.

Simici i Theodoru[7]) określali zawartość białka w treści dwunastniczej i przyszli do wniosku, że prawidłowa treść dwunastnicza prawie nigdy nie zawiera białka, dającego się strącić odczynnikiem Essbacha i, że natomiast w połowie ogólnej liczby przypadków można w niej stwierdzić obecność białka, krzepnącego po ogrzaniu.

Podobne wyniki osiągnęli Frank i Szour[8]). W zbadanych przez nich przypadkach, treść dwunastnicza zawierała białko, dające się strącić odczynnikiem Essbacha lub dające się oznaczyć metodą Robertsa-Stolnikowa, zaledwie w 32% przypadków. Zawartość białka wahała się pomiędzy 0,09% a 0,6%. Frank i Szour stwierdzali tę albuminocholję przeważnie w przypadkach zapalenia pęcherzyka żółciowego i dróg żółciowych, w żółtaczce t. zw. nieżytowej, często też we wrzodzie dwunastnicy i w zapaleniach śluzówki żołądka.

Keeton9) badał wpływ wlewania do dwunastnicy różnych rozczynów ciał nieorganicznych (30%-ego siarczanu magnezowego, 15%-ego fosforanu sodu, 2%-ego kwasu solnego, 2%-ego dwuwęglanu sodu) na samopoczucie chorego i podaje, że już po stosowaniu niezbyt znacznych ilości tych płynów większość chorych skarżyła się na nudności, mdłości, niektórzy na zawrót głowy itd. Keeton jest zdania, że wszystkie te rozczyny wywołują ruchy przeciwrobaczkowe dwunastnicy i, że właśnie ta dyskinezja dwunastnicy jest przyczyną wystąpienia dolegliwości powyższych, które niekiedy zmuszają lekarza do przerwania badania względnie miejscowego leczenia dwunastnicy.

Villaret i Justin 10) mieli sposobność dokładnie mierzyć ilość soku trzustkowego, wydzielonego przez człowieka z przetoką trzustkową. Ilość ta wynosiła naczczo około 10—15 cm³ na godzinę. Według tych autorów wydzielanie trzustki naczczo wywołuje sekretyna, powstająca w jelicie cienkiem pod wpływem przedostającego się doń soku żołądkowego.

Bársony i Egán[11]) badali za pomocą podwójnego zgłębnika żołądkowo-dwunastniczego wpływ treści żołądkowej, przedostającej się do dwunastnicy podczas zgłębnikowania, na grę odźwiernika. Autorowie ci przyszli do wniosku, że sok żołądkowy, zawierający kwas solny w stężeniu, zwykle spotykanem w klinice, nie wywołuje, po przedostaniu się do dwunastnicy, żadnego wyraźnego wpływu na grę odźwiernika ani też na ruchy robaczkowe i na opróżnianie się żołądka czyli, że zgłębnikowanie dwunastnicy samo przez się nie wywołuje większych zaburzeń w przebiegu czynności żołądka. Te spostrzeżenia Bársony'ego i Egána, poprzedzone zresztą przez odnośne doświadczenia Bársony'ego i Hortobagy'ego[12]) na zwierzętach, miałyby (w razie ich potwierdzenia) duże znaczenie dla wszelkich badań, w których zależy na tem, by możliwie dokładnie poznać mechanizm współdziałania różnorodnych czynności żołądka i dwunastnicy.

Dla zwięzłości ograniczam się w tem doniesieniu do powyższego nader krótkiego zarysu odnośnego, bardzo obfitego piśmiennictwa ostatnich lat paru. Nie bacząc na wielostronność różnych badań, przeprowadzonych nad treścią dwunastniczą, dotychczas nie zbadano jeszcze kilku, jak mi się wydaje, zasadniczych spraw, a mianowicie: 1) bardzo mało wiadomo o tem, czy i w jakim stopniu zmienia się ogólna ilość wydzielin, tworzących łącznie treść dwunastniczą, w związku z różnemi stanami chorobowemi żołądka, dwunastnicy, wątroby i trzustki, 2) nie przeprowadzano jeszcze systematycznych pomiarów całego szeregu podstawowych cech fizyczno-chemicznych, jako to wskaźnika refraktometrycznego, napięcia powierzchniowego, lepkości, treści dwunastniczej w różnych stanach chorobowych powyższych narządów, 3) brak danych dotyczących zależności tych cech fizyczno-chemicznych od składu chemicznego treści dwunastniczej, od jej ciężaru właściwego, od ogólnej ilości nagromadzającej się w ciągu pewnego okresu czasu treści dwunastniczej itd. itd.

W doniesieniu niniejszem zdaję sprawę z wyników, osiągniętych z badania treści dwunastniczej właśnie w kierunku części tych spraw, dotychczas mało lub wcale nie poruszanych.

Przystępując do tych badań, zamierzałem przeprowadzić zgłębnikowanie żołądka i dwunastnicy z pomocą podwójnego zgłębnika żołądkowo-jelitowego, a to w tym celu, by móc otrzymać jednocześnie treść żołądkową i dwunastniczą. Jednakże niektórzy chorzy odmawiali połykania podwójnego zgłębnika albo też nie mogli opanować odruchów wymiotnych po jego wprowadzeniu. Chcąc przeprowadzić badania zawsze w tych samych warunkach, musiałem wreszcie ograniczyć się do stosowania zwykłego zgłębnika dwunastniczego, za pomocą którego wydobywałem wpierw treść żołądkową, a następnie treść dwunastniczą. W tem doniesieniu podane są jedynie wyniki, osiągnięte przy stosowaniu pojedyńczego zgłębnika.

Chorzy rekrutowali się przeważnie z drugiej kliniki chorób wewnętrznych Prof. Gluzińskiego, bądź też z ambulatorjum przy tejże klinice [1]). W przypadkach poważniejszych schorzeń rozpoznanie opierało się na dłuższej obserwacji oraz na dokładnych danych rentgenologicznych i laboratoryjnych.

Wszystkich chorych badano naczczo, w 12 godzin po spożyciu przez nich kolacji. Zgłębnik wprowadzałem za pomocą cienkiego mandrynu stalowego na długość 50 cm od linji zębów. Z początku posługiwałem się zgłębnikiem z cienkiej dość miękkiej elastycznej gumy, zaopatrzonym w podłużną, zwężającą się ku końcowi oliwkę mosiężną o średnicy 5,5—6 mm. Przekonałem się jednak, że zgłębnik tego typu ma szereg cech ujemnych, a mianowicie: 1) z powodu zbyt małej wagi i nieodpowiedniego kształtu oliwki, upływa nieraz parę godzin, zanim przedostanie się on do dwunastnicy, 2) miękka guma rurki zgłębnika zbyt łatwo zaciska się aż do zupełnego zaniku światła zgłębnika przez skurcze przełyku, wpustu, ściany żołądka lub odźwiernika, przez co wydostawanie treści jest nieraz utrudnione. Wobec tego stosuję obecnie gumę sprężystą, dość grubą i mocną, stawiającą silny opór działaniu zwieraczy; oliwka zgłębnika jest duża, stosunkowo ciężka i ma znacznie większą średnicę, niż rurka; otwory w oliwce są duże, od 1—2 mm średnicy; ta oliwka prędzej przedostaje się do dwunastnicy, powyższe zaś właściwości rurki umożliwiają mniej więcej stały odpływ treści dwunastniczej względnie żołądkowej.

Po wprowadzeniu zgłębnika do żołądka wyciągałem za pomocą strzykawki całą jego zawartość, następnie kładłem chorego na jedną godzinę na lewy bok w celu wydobycia soku żołądkowego, wydzielonego przez ten okres czasu. Przez całą godzinę oliwka zgłębnika znajdywała się stale w odległości 50 cm od linji zębów. Po upływie godziny zgłębnik wyciągałem z powrotem o 5—8 cm tak by oliwka znalazła się w odległości 42—45 cm od linji zębów, i kładłem chorego na bok prawy w pozycji zwykłej, z głową opartą na małej poduszce. Jeżeli po upływie pół godziny oliwka jeszcze nie przedostała się do dwnastnicy, to wdmuchiwałem do części odźwiernikowej żołądka (w której oliwka zazwyczaj się znajdowała) kilkadziesiąt cm³ powietrza zapomocą 100-centymetro-

---

[1]) Za możność korzystania z materjału II kliniki, wyrażam panu profesorowi Gluzińskiemu moje podziękowanie.

wej strzykawki, poczem pozostawiałem zgłębnik przez pewien czas w łączności ze strzykawką; unikałem przez to wydostania się powietrza z powrotem przez otwór zgłębnika. Nigdy nie wlewałem wody do żołądka, by uniknąć ewentualnego rozcieńczenia treści dwunastniczej. Zresztą woda wywołuje wydzielanie soku żołądkowego, a tem samem po jej wprowadzeniu do żołądka trudno już mówić o badaniu naczczo. Już samo wprowadzenie zgłębnika do żołądka, połączone z ruchami szczęk, połykaniem śliny, dość znaczną emocją chorego itd. jest bezwzględnie czynnikiem, wypaczającym w pewnej mierze przebieg czynności okresu „międzytrawiennego" przewodu pokarmowego. Należy zatem skrzętnie unikać wszelkich dodatkowych bodźców zewnętrznych. Dla tych też względów wykonywałem zgłębnikowanie zawsze w pokoju oddzielnym.

Po przesunięciu się oliwki zgłębnika na odległość 65—80 cm (zależnie od wzrostu badanego osobnika) od linji zębów tj. mniej więcej do okolicy brodawki Vatera, nakładałem na wolny koniec zgłębnika 10-centymetrową strzykawę, za pomocą której wywierałem w ciągu 1 godziny stałe, lekkie działanie ssące na zawartość dwunastnicy. Miało to na celu wydobycie możliwie całkowitej treści dwunastniczej, zbierającej się przez ten okres czasu. Zdaję sobie dokładnie sprawę, że tego celu nie mogłem osiągnąć z całkowitą dokładnością, albowiem trudno jest usadowić oliwkę zgłębnika tuż koło brodawki Vatera; pewna część treści dwunastniczej, niezawodnie uchodziła dalej do jelita czczego. Wobec tego, liczby podane poniżej, jako ilości „treści dwunastniczej", wydzielonej w ciągu godziny, nie są, oczywiście, zupełnie ścisłe. Ponieważ jednak w żaden dotychczas znany sposób tego błędu nie można uniknąć, wszystkie zaś zgłębnikowania dwunastnicy wykonywałem w warunkach jednakowych, liczby te mają pewną porównawczą wartość.

Otrzymaną w ten sposób treść dwunastniczą a także sok żołądkowy, wydobyty poprzednio poddawałem badaniom następującym: określałem ilość, ciężar właściwy, stwierdzałem własności fizyczne (zabarwienie, spoistość, uwarstwienie, ewent. obecność resztek pokarmowych itd.), badałem osad pod drobnowidem, następnie wykonywałem z treścią nieprzesączoną pomiary wskaźnika załamania światła (n ²), napięcia powierzchniowego (s ²) i lepkości (v ²). Wykonywałem także mierzenie pH, miareczkowanie z kwasem solnym wzgl. ługiem sodowym itd., jednakże o wynikach tych badań donoszę w pracy oddzielnej.

Zawartość mucyny i nukleoalbumozy w treści dwunastniczej określałem przez dodanie 3%-ego kwasu octowego, w treści zaś żołądkowej przez strącanie wyskokiem. Po zadaniu 2—3 cm^3 treści dwunastniczej mniej więcej podwójną ilością 3%-ego kwasu octowego, wirowałem mieszaninę przez 15 minut na wirówce elektrycznej. Osad, mniej lub więcej znaczny, zawierał strąconą mucynę, nukleoalbumozę, kwasy i barwniki żółciowe. Po odwirowaniu tego osadu odlewałem górną przejrzystą warstwę do probówki i dodawałem parę kropli 20%-ego kwasu sulfosalicylowego. W ten sposób stwierdzałem obecność białka. Z treścią żołądkową postępowałem tak samo po strąceniu mucyny wyskokiem i po odwirowaniu osadu.

Z każdą treścią wykonywałem także, po strąceniu i odwirowaniu mucyny, próbę biuretową.

Wszystkie powyższe badania przeprowadzałem z możliwie świeżą treścią dwunastniczą i żołądkową, najpóźniej w 2—3 godziny po ich wydobyciu.

Następnie część odbiałczałem za pomocą 1½%-ego rozczynu uranylu octowego. W odbiałczonym przesączu określałem zawartość chloru metodą Volharda, mocznika — metodą wolumetryczną za pomocą przyrządu Ambarda, oraz azotu pozabiałkowego za pomocą przyrządu Parnasa-Wagnera. Do określania mocznika brałem 5—10 cm^3 odbiałczonej treści i zupełnie świeży rozczyn podbromianu sodu. Do oznaczania azotu pozabiałkowego brałem po 1—2 cm^3 treści odbiałczonej.

Ogółem zbadałem 36 chorych, a mianowicie: 6 przypadków wrzodu dwunastnicy, 7 wrzodu żołądka, 4 kwaśnego nieżytu żołądka, 2 niekwaśnego nieżytu żołądka, 3 raka żołądka, 2 „nerwicy" żołądka, 3 hipotonji wzgl. opadnięcia żołądka, 2 skurczu wzgl. zwężenia przełyku, 3 kamicy żółciowej, i po jednym przypadku różnych schorzeń innych odcinków przewodu pokarmowego, jako to gruźlicy kątnicy, lambliazy itd.

Ilość treści dwunastniczej, wydobyta naczczo w ciągu godziny była niewielka, mianowicie wahała się pośród zbadanych przeze mnie różnorodnych przypadków pomiędzy 13-u cm^3 a 46 cm^3, wynosząc przeciętnie 29 cm^3 t. j. prawie 3 razy mniej, niż przeciętna ilość soku żołądkowego, wydobytego w tych samych warunkach w ciągu godziny (86 cm^3). Zestawiając w każdym poszczególnym przypadku ilość treści dwunastniczej z ilością soku żołądkowego, mogłem stwierdzić, co następuje: w przypadkach z nadmiernem wydzielaniem kwaśnego soku żołądkowego, ilość wydobytej treści dwunastniczej jest przeważnie większa, niż w przypadkach z prawidłowem względnie z ilościowo i jakościowo niedostatecznem wydzielaniem żołądkowem. Największe ilości treści dwunastniczej (42, 42, 37, 37, 36, 44, 46 cm^3) wydobyłem w przypadkach, w których odnośne ilości soku żołądkowego wynosiły 140, 156, 98, 138, 120, 112, 113 cm^3, t. j. znacznie powyżej przeciętnej ilości (86 cm^3) na godzinę. Podobne spostrzeżenie poczyniłem także, badając ilości śliny, wydzielanej w tych samych warunkach przez tych samych chorych (14). Były to przypadki wrzodu dwunastnicy i okolicy przyodźwiernikowej żołądka, oraz chorzy, cierpiący na kwaśny nieżyt żołądka, połączony ze znacznym sokotokiem żołądkowym. Najmniejsze ilości treści dwunastniczej (13, 15, 18, 19, 20 cm^3) odpowiadały ilościom soku żołądkowego, wynoszącym 42, 36, 20, 48, 32 cm^3. W tych 5-u przypadkach miało miejsce wyraźne upośledzenie wydolności wydzielniczej śluzówki żołądka na tle hipochylji, niekwaśnego nieżytu, żółtaczki kiłowej i kamicy żółciowej. Stwierdza się zatem pewną równoległość pomiędzy ilością soku żołądkowego, wydzielonego naczczo w ciągu godziny a ilością treści dwunastniczej, wydobytą również w ciągu godziny u tego samego osobnika. Jednakowoż ta równoległość nie jest tak ścisła, w niektórych zaś przypadkach nie spostrzega się jej wcale. Tak n. p. w jednym przypadku kamicy żółciowej wydobyłem zaledwie 20 cm^3 treści dwunastniczej, podczas gdy ilość soku żołądkowego wynosiła 118 cm^3. Natomiast u jednego ozdrowieńca po zatruciu morfiną wydobyłem 34 cm^3 treści dwunastniczej, t. j. większą niż przeciętnie ilość, podczas gdy ilość soku żołądkowego była stosunkowo mała (45 cm^3). Trudno rozstrzygnąć, czy odchylenia, stwierdzone w tych przypadkach, były istotne, czy też tylko zależne od nieścisłości stosowanej metody.

Ciężar właściwy treści dwunastniczej, oznaczony za pomocą pyknometru Spenglera, wynosił przy t^0 pokoju conajmniej 10072, najwyżej 1012, przeciętnie 10092. Zgodnie ze spostrzeżeniami Adamowicza (l. c.) ciężar właściwy treści dwunastniczej, wydobytej naczczo (treści A) nader rzadko przekraczał liczbę 1011. W treści B, którą w paru przypadkach wydobyłem, wlewając po godzinnem pozostawaniu oliwki w dwunastnicy, 50 cm^3 30%-ego siarczanu magnezowego, ciężar właściwy dochodził nieraz do 1055, co, oczywiście, było w dużej mierze wywołane przez obecność stężonego rozczynu magnezowego. Wzajemny stosunek pomiędzy ciężarem właściwym i ilością wydobytej treści dwunastniczej był nader różny w poszczególnych przypadkach. Tak n. p. wydobyłem treść dwunastniczą o najwyższym, powyżej wspomnianym, c. w. 1012, w jednym przypadku wrzodu dwunastnicy, w którym ogólna ilość wydobytej treści dwunastniczej (42 cm^3) była wyższa od przeciętnej. W innym znowuż przypadku *(hypotonia ventriculi)* c. w. treści dwunastniczej był także bardzo znaczny (1011), podczas, gdy ilość tejże wynosiła wszystkiego 22 cm^3. Spostrzegałem także wręcz przeciwne zjawiska: w przypadku nadkwaśnego nieżytu żołądka z największą ilością wydobytej treści dwunastniczej (46 cm^3) c. w. wynosił wszystkiego 10083, t. j. mniej, niż przeciętnie, w jednym zaś przypadku ciężkiego niekwaśnego nieżytu żołądka, w którym w ciągu godziny wydobyłem zaledwie 13 cm^3 treści dwunastniczej, jej c. w. był wcale pokaźny (1012). Pomiędzy ciężarem właściwym treści dwunastniczej a c. w. soku żołądkowego nie mogłem stwierdzić wyraźnej równoległości, jakkolwiek dość często spostrzegałem, że wyższemu c. w. soku żołądkowego towarzyszył także wyższy c. w. treści dwunastniczej i przeciwnie.

Wskaźnik refraktometryczny (n) treści dwunastniczej wahał się pomiędzy 20,44 a 26,0, wynosząc przeciętnie 23,18, czyli znacznie więcej, niż przeciętne n soku żołądkowego (20,41). Rozpiętość wahań wskaźnika refraktometrycznego treści dwunastniczej, wynosząca zaledwie 3 jednostki w jedną lub drugą stronę od przeciętnej jego wartości, jest, jak widzimy, wcale niewielka. Zjawisko to jest szczególnie godne zaznaczenia dlatego, że przecież na treść dwunastniczą składa się kilka wydzielin różnych narządów (trzustki, wątroby, dwunastnicy, przedostająca się przez odźwiernik treść żołądkowa). Nie ulega wątpliwości, że *ustrój posiada zdolność utrzymywania wskaźnika refraktometrycznego (stężenia) treści dwunastniczej okresu „międzytrawiennego" na pewnym stałym poziomie.* Pod tym względem treść dwunastnicza zachowuje się tak samo, jak treść żołądkowa (15). Prawie we wszystkich zbadanych przypadkach n treści dwunastniczej było o 1 do kilku jednostek większe od n odnośnego soku żołądkowego. Wyjątek stanowił tylko 1 przypadek raka żołądka, w którym n treści dwunastniczej (22,8), samo przez się nieco niższe, niż przeciętnie, było mniejsze od wielkiego, charakterystycznego dla raka żołądka (16), n treści żołądkowej. O wzajemnej zależności pomiędzy n treści

²) O metodach mierzenia cech fizyczno-chemicznych, jak również o znaczeniu liczb, podanych dla n, s i v. p. S. Cytronberg, Polskie Archiwum Medycyny Wewnętrznej, IV, 1 i 3, 1926.

dwunastniczej a jej ogólną ilością to samo daje się powiedzieć, co o c. w. (p. w.). Zależność n od ciężaru właściwego była, jak we wszystkich wydzielinach przewodu pokarmowego, dość wyraźna, t j. większemu c. w. odpowiadało zazwyczaj większe n i przeciwnie. Jednakże liczne wyjątki z tego ogólnego prawidła świadczyły, że n każdej wydzieliny (w danym przypadku — mieszaniny wydzielin) jest przedewszystkiem wyrazem zawartego w niej białka i jego wielkocząsteczkowych pochodnych, podczas gdy c. w. zależy przedewszystkiem od stężenia ciał nieorganicznych. To samo, co powyżej powiedziałem o zależności wzajemnej pomiędzy c. w. treści dwunastniczej i soku żołądkowego odnosi się również *mutatis mutandis* do ich wskaźnika refraktometrycznego.

Napięcie powierzchniowe treści dwunastniczej wykazywało znacznie większe wahania, niż jej wskaźnik refraktometryczny, mianowicie s. wahało się pomiędzy 32,1 a 40,1 i wynosiło przeciętnie 36. 9. Są to wahania dość znaczne, nie świadczące o jakiejś tendencji ustroju do utrzymania napięcia powierzchniowego treści dwunastniczej w ścisłych granicach, jak to się spostrzega zwłaszcza w ślinie i żółci wątrobowej, a w mniejszym stopniu w treści żołądkowej okresu „międzytrawiennego". Ogólny bardzo niski poziom nap. pow. treści dwunastniczej, wywołują oczywiście, sole kwasów żółciowych, w niej zawarte. Pomiędzy s treści dwunastniczej a jej ogólną ilością, c. w. i n nie stwierdza się żadnego związku; także zestawienie nap. pow. treści dwunastniczej i soku żołądkowego nie wykazywało jakiejkolwiekbądź równoległości.

Lepkość (v) treści dwunastniczej wahała się w granicach bardzo rozległych, mianowicie, pomiędzy 1,26 a 2,6, wynosząc przeciętnie 1.45. Są to wahania tak wielkie, że w przypadku (wrzodu żołądka), w którym stwierdziłem największą lepkość treści dwunastniczej (2.6), starałem się za pomocą dodatkowych badań dociec, jaki składnik treści dwunastniczej przyczynił się do tak wybitnego wzmożenia jej lepkości. Wobec tego, że próby jakościowe na mucynę i białko wypadły silnie dodatnio, określiłem zawartość białka metodą Robertsa-Stolnikowa i stwierdziłem obecność 0,8% białka. Osad tej samej treści zawierał stosunkowo dużo leukocytów, kokków i Gram-dodatnich laseczników; treść była zlekka mętnawa. Sok żołądkowy był kwaśny i w jego osadzie nie stwierdziłem bakteryj. Na podstawie tych danych oraz wobec braku objawów ze strony wątroby, pęcherzyka, dróg żółciowych i trzustki, rozpoznałem stan zapalny śluzówki dwunastnicy i przyszedłem do wniosku, że ten właśnie stan zapalny i spowodowana przezeń patologiczna wydzielina samej śluzówki dwunastnicy, były przyczyną niezwykle dużej lepkości treści dwunastniczej, wydobytej w tym przypadku.

Przechodzę obecnie do wyników, osiągniętych z określania poszczególnych składników chemicznych treści dwunastniczej, a mianowicie, do stwierdzonego stężenia chloru, mocznika itd.

Stężenie chloru w treści dwunastniczej wynosiło przeciętnie 0,366% i było nieco większe niż jego stężenie w soku żołądkowym (0,362%). Wahania stężenia chloru były dość znaczne, mianowicie, od 0,130% do 0,457%. Stężenie chloru nie było w związku ani z ilością ani też z c. w. treści dwunastniczej. Obliczając wszystek chlor, zawarty w treści dwunastniczej, jako chlorek sodowy, otrzymałem liczby bardzo znaczne, wahające się pomiędzy 0.214% i 0.754%, a przeciętnie wynoszące 0.604%. Liczby powyżej 0.700% spotykałem dość często (w 12 przypadkach na 36) i to zarówno w nadmiernem, jako też w niedostatecznem wydzielaniu żołądkowem, a także niezależnie od ilości treści dwunastniczej. To stężenie jest znacznie wyższe, niż prawidłowe stężenie chlorków we krwi, co dowodzi, że wątroba lub trzustka albo też obydwa te narządy są w stanie wydzielać (podczas okresu „międzytrawiennego") chlorki w stężeniu znacznie wyższem od ich stężenia we krwi t. j. wbrew prawom osmozy, zachowując się pod tym względem podobnie do nerek i śluzówki żołądka. Według badań Czubalskiego 17) zdolność trawienna soku trzustkowego wobec białka i skrobji wzmaga się proporcjonalnie do zawartości chlorków, zawartość zaś chlorków w soku trzustkowym zależy od rodzaju odżywiania. Co się tyczy zawartości chlorków w żółci wątrobowej, to badania Rzętkowskiego na ludziach oraz doświadczenia własne na psach z przetoką żółciową (18) wykazały, że żółć wątrobowa często zawiera chlorki w stężeniu, znacznie przekraczającem ich stężenie we krwi. Porównując % chlorków obojętnych, zawartych w soku żołądkowym z ich stężeniem w treści dwunastniczej, z łatwością mogłem przekonać się, że treść dwunastnicza zawiera ich przeciętnie prawie dwa razy tyle, co sok żołądkowy (0.604% wobec 0,345%). Stosunek ten był jednak różny w poszczególnych przypadkach, a w jednym przypadku % chlorków obojętnych w treści dwunastniczej był nawet mniejszy, niż w soku żołądkowym (0,231% wobec 0,243%).

Zawartość mocznika w treści dwunastniczej była dość duża i wynosiła przeciętnie 0,031%, przyczem najwięcej (0,058%) zawierała treść dwunastnicza 70-letniej kobiety ze skurczem i zwężeniem przełyku, najmniej zaś (0,012%) — tr. dw. 34-letniego mężczyzny z żółtaczką przewlekłą na tle kiłowego schorzenia wątroby. Zawartość mocznika w treści dwunastniczej była wyraźnie większa u osób starszych. Jak wykazały własne badania treści dwunastniczej w przypadkach schorzeń nerkowych (19) oraz nieogłoszone jeszcze badania doświadczalne na psach, wątroba wydziela znacznie więcej mocznika w niedomodze nerek. Stosunkowo wysoki poziom mocznika w treści dwunastniczej osób starszych był zatem wyrazem zmniejszonej sprawności nerek. W większość przypadków sok żołądkowy również zawierał pewne ilości mocznika, jednakże w porównaniu z treścią dwunastniczą, ilość ta była bardzo mała, nieraz ledwo dająca się uchwycić za pomocą metody wolumetrycznej.

Zawartość azotu pozabiałkowego w treści dwunastniczej wahała się w granicach od 0,029% do 0,092%, wynosząc przeciętnie 0,053%. Zależność stężenia azotu pozabiałkowego od wieku badanego osobnika również występowała zupełnie wyraźnie, t. n. p największe stężenie N pozabiałkowego (0,092, 0,086, 0,079) wykazała treść dwunastnicza osobników w wieku lat 60, 70, 59 itd. najmniejsze zaś jego stężenie (0,029, 0,0301, 0,031) stwierdziłem u osobników 23 — wzgl. 30-letnich. Oczywiście, zdarzały się także (i to niezbyt rzadko)) wyjątki z tego prawidła: t. zn. u jednego 59-letniego osobnika z wrzodem żołądka, treść dwunastnicza zawierała wszystkiego 0,035% azotu pozabiałkowego, t. j. mniej niż przeciętnie.

% azotu pozabiałkowego w soku żołądkowym był przeciętnie nieco większy, niż w treści dwunastniczej (0,057% wobec 0,053%), przyczem stężenie N pozabiałkowego w obu wydzielinach nie szło w parze. Jest to zrozumiałe, gdyż azot treści żołądkowej pochodzi głównie z ciał białkowych (zawartych w spożytych pokarmach i w śluzie żołądkowym), które uległy rozszczepieniu hydrolitycznemu pod wpływem czynnego soku żołądkowego.

Każda treść dwunastnicza zawierała znaczne ilości śluzu t. j. mucyny i nukleoalbumozy, najwięcej zaś tych ciał zawierała ona w przypadkach kamicy żółciowej i niekwaśnego nieżytu żołądka.

W 14-u przypadkach na 36, treść dwunastnicza zawierała białko, w 11 przypadkach zaledwie ślady minimalne. Ten znaczny odsetek przypadków, w których stwierdziłem białko, tłumaczy się tem, że badałem przeważnie chorych z różnemi, przeważnie organicznemi schorzeniami żołądka, dwunastnicy, dróg żółciowych itd. W tych zaś schorzeniach inni autorowie również wykrywali dość nieraz pokaźna zawartość białka w treści dwunastniczej (p. w.). U chorych, zbadanych przeze mnie, treść dwunastnicza zawierała białko szczególnie często w przypadkach wrzodu dwunastnicy i żołądka, raka żołądka, kamicy żółciowej itd.

Próba biuretowa wypadła kilka razy słabo dodatnio; najczęściej przeważał odcień niebieskawy, co łącznie z dodatnim wynikiem próby sulfosalicylowej dowodziło obecności przeważnie wielkocząsteczkowych pochodnych białka.

* * *

W zwięzłem streszczeniu wyniki badań powyższych przedstawiają się, jak następuje:

1) Za pomocą zgłębnika dwunastniczego wydobywałem na czczo od 13 do 46 cm³ treści dwunastniczej na godzinę.

2) Ilość wydobytej treści dwunastniczej była zazwyczaj większa w przypadkach nadmiernego wydzielania kwaśnego soku żołądkowego na tle różnych schorzeń organicznych wzgl. czynnościowych żołądka, a mniejsza w przypadkach niedomogi wydzielniczej żołądka. Jednakże stwierdzałem wyjątki z tego prawidła.

3) Ciężar właściwy treści dwunastniczej wahał się pomiędzy 10072 a 1012 i nie był w wyraźnym związku z jej ilością.

4) Wskaźnik refraktometryczny treści dwunastniczej, wydobytej naczczo, wahał się w granicach ciasnych, mianowicie, pomiędzy 20,44 a 26,0.

5) Lepkość i napięcie powierzchniowe treści dwunastniczej wahają się w granicach stosunkowo rozległych.

6) Stężenie chlorków obojetnych w treści dwunastniczej jest nieraz bardzo znaczne, dość często wyższe niż prawidłowa zawartość chlorków we krwi.

7) Stężenie mocznika i azotu pozabiałkowego w treści dwunastniczej jest zazwyczaj większe u ludzi starszych.

8) W przypadkach wrzodu dwunastnicy lub żołądka, raka żołądka, przewlekłego nieżytu żołądka, kamicy żółciowej, często stwierdza się obecność białka w treści dwunastniczej.

Piśmiennictwo.

1) Krieger: Med. Kl. 14, 1922; Kl. W. 13, 1924. — 2) Langanke: Kl. W. 29, 1922. — 3) Filiński: Polsk. Arch. Med. Wewn., II, 1, 1924. — 4) Deloch: Arch. f. Verd. XIX. 1922. — 5) Falkenhausen: Kl. W.

1924. — 6) Adamowicz: P. G. L. 5 i 6, 1926: — 7) Simici i Theodoru: Arch: d. mal. de l'app. dig. 15, 6, 1925. — 8) Frank i Szonr: Arch. f. Verd. 35. 19295. — 9) Kecton: Arch. of int. Med. 35, 6, 1925. — 10) Villaret i Justin-Besançon: Arch. d. M. d. l'app. dig. 15, 8, 1925. — 11) Bársony i Egan: M. m. W. 72, 30, 1925. — 12) Bársony i Hortobágyi: cyt. wg. Barsony i Egan, l. c. — 13) Gross: l. e. — 14) S. Cytronberg: jeszcze nie ogłoszone. — 15) Tenże: P. A. M. W. IV. 1926. — 16) Tenże: P. G: L: 45, 1925. — 17) Czubalski: XII Kongr. międzyn. Fiziol. 1926. — 18) Cytronberg: jeszcze nie ogłoszone. — 19) Tenże: P. A. M. II. 1. 2. 1925.

Jan ROGUSKI. Warszawa.

Hodowanie prątków gruźlicy z plwociny.

Z Zakładu Serologii i Mikrobiologii Uniwersytetu Warszawskiego.
Dyrektor Profesor Dr. Roman Nitsch.

Powolny stosunkowo wzrost prątków gruźlicy na pożywkach sztucznych, utrudnia wyhodowanie ich z materjału nawet obfitującego w prątki. Materjał z ustroju chorego (plwocina, kał) zawiera często znaczną ilość flory towarzyszącej gruźlicy, a wzrastającej daleko szybciej na pożywkach, niż gruźlica. Dlatego też jest rzeczą konieczną poddanie materjału zakaźnego działaniu czynników chemicznych czy fizycznych (Spengler-ciepło), zabijających florę dodatkową, a nie niszczących przytem żywotności bakterji gruźlicy.

Przy posiewach materjału, zawierającego skąpe ilości prątków gruźlicy, wysuwa się zagadnienie wartości rozpoznawczej tej metody. Jedni (Löwenstein, Hohn, Bourdellès, Moser) stawiają metody posiewu wyżej niż badania na zwierzętach. Inni zachowują się powściągliwie i liczą się tylko z wynikami dodatniemi posiewu, twierdząc, iż wynik ujemny nie wyklucza gruźlicy (Rochaix i Baussilion, Schmidt).

Odczynnik, używany do zabicia flory pobocznej musi mieć 2 zalety: zdolność rozpuszczania części stałych (grudki ropy, tkanki) i szybkość działania. Metoda antyforminowa (Griffith, Uhlenhut) szybko wyparła traktowanie materjału formaliną (Spengler). W roku 1915, Petroff ogłosił metodę, polegającą na użyciu w tym celu 3—4% ługu sodowego. Ta metoda, przestudjowana przez Limousin'a w sanatorjum Trudeau w Saranac-Lake (New-York), została ogłoszona przezeń w 1921 r. (Ann. Inst. Past.) i od tej pory w ciągu paru lat propagowali ją silnie badacze francuscy. Według badań Lurie, Blechman'a, Moreau i in., ług sodowy mniej uszkadza żywotność prątków niż antyformina.

W r. 1922 Bossan i Baudy (C. R. Soc. Biol.) ogłosili metodę, opartą na działaniu kwasu siarkowego. Traktowali oni plwocinę 6,6% kwasem siarkowym (t. j. stężonym, rozcieńczonym dziesięciokrotnie w ciągu 10 minut), poczem robili posiewy na ziemniaku glicerynowym. Metoda ta znalazła szerokie rozpowszechnienie dzięki Löwensteinowi, który, niezależnie od wspomnianych autorów, później od nich, ogłosił metodę podobną. Poddaje on plwocinę działaniu 15% kwasu siarkowego w ciągu 20 minut, wiruje płyn, przemywa osad kilkakrotnie i sieje go na ziemniaku glicerynowym. Liczni badacze (Ramos Passos, Sumiyoshi, Schattner, Suranyi i Putnoki, Blechman) wykazali dobre wyniki metody kwasowej; używano nietylko kwasu siarkowego, ale i solnego.

Poza powyższemi istnieje jeszcze metoda Twort'a, polegająca na traktowaniu plwociny gliceryną w różnych stężeniach (od stężonej do 25%) w ciągu 24 godzin w cieplarce. Zgodnie z badaniami Lurie i Kirschstein'a, gruźlica ludzka jest wrażliwa na działanie gliceryny.

Wielu autorów sieje przygotowaną według jednego z powyższych sposobów plwocinę na jakiejkolwiek, ze zwykle używanych do hodowania gruźlicy, pożywce (ziemniak glicerynowy, agar glicerynowy, pożywka Dorseta, Lubenau i t. d.). Inni przywiązują znaczną wagę do jakości podłoża. Należy tu istotnie brać pod uwagę stopień wilgotności pożywki, wystawionej na kilkutygodniowy pobyt w cieplarce; pożywka nie może być zbyt miękka, gdyż przy wcieraniu łopatką materjału, możnaby ją nazbyt łatwo uszkodzić. Winna mieć tę zaletę, aby jej przygotowanie było szybkie, łatwe i tanie. Niektórzy chcą aby posiadała jeszcze zdolność uniemożliwiania wzrostu flory dodatkowej, bez uszkodzenia siły wzrostowej gruźlicy. W tym celu używają przeważnie roztworów barwików, mających działać bakterjobójczo: fioletu goryczkowego (Petrow, Saucher) zieleni malachitowej (Petragnani) i innych (Saucher). Liczni badacze zwracają uwagę na to, iż barwiki osłabiając wzrost bakterji dodatkowych, powstrzymują również wzrost gruźlicy.

Niniejsza praca jest sprawozdaniem z badania 45 plwocin. Każdą niemal plwocinę bądź traktowano jednocześnie dwiema lub trzema metodami, bądź też siano ją jednocześnie na dwojakiego rodzaju pożywkach. Do każdego badania brano po 3 pożywki (niekiedy 4, rzadko 2). Dla badań porównawczych starano się zawsze stwarzać jednakowe warunki.

Tablica I.

Liczba badanych plwocin	Środek użyty	Stężenie jego	Czas działania	Liczba ujemnych
15	ług sodowy	2%	1 godz. 15 m.	5
11	kwas siark.	6,6%-woda	parę min. + wirowanie	1
11	„ „	6,6%	10 minut	0
9	„ „	10%	10 minut	0
6	„ „	10%	2—5 min.	0

Tablica II.

		Modyfikacja Petrowa	Modyfikacja własna
Liczba pożywek z dodatnim wynikiem		23	21
Czas wzrostu (dni)	najkrótszy	12	8
	najdłuższy	34	25
	średni	20	10—16

Tablica III.

		Metoda zwykła	Autoliza
Liczba pożywek	posianych	39	37
	ze wzrostem	26	5
Czas wzrostu (dni)	najkrótszy	9	14
	najdłuższy	29	29
	średni	17	25

* * *

Tablica I przedstawia wynik badań sposobów przygotowania plwociny do posiewu.

15 plwocin rubryki pierwszej poddano działaniu 2% ługu sodowego w ciągu 1 godz. w cieplarce. Na początku i po upływie pół godziny wstrząsano mieszaninę silnie w ciągu paru minut. Po upływie godziny wirowano około 15 minut, osad zakwaszono 4% kwasem solnym, poczem siano na pożywce Petrowa (wyciąg mięsny, jaja, gliceryna, fiolet goryczkowy). Znaczna liczba badań o wyniku ujemnym świadczy, iż powyższe stężenie ługu nie wystarcza do zabicia flory dodatkowej. W dwóch przypadkach sprawdzono wartość wirowania w tej metodzie, siejąc osad i płyn z powierzchni. Wynik otrzymano jednakowy.

11 plwocin wstrząsano do rozpuszczenia (parę minut) z 6,6% kwasem siarkowym, dodawano wody przekroplonej, jałowej, celem zmniejszenia gęstości płynu i rozrzedzenia kwasu, mogącego uszkodzić prątki, poczem wirowano około 10 minut. Osad siano bez przemywania.

11 plwocin zbadano według metody oryginalnej Bossan i Baudy, siejąc na Petrowie.

9 plwocin poddano działaniu 10% kwasu siarkowego, w ciągu 10 minut, 6 zaś w czasie od 2 do 5 minut.

Plwocinę pobierano z reguły rano do jałowego naczynia, badano tegoż samego dnia.

Uporczywem zanieczyszczeniem, rozwijającem się w plwocinie, dłużej przebywającej w ciepłocie pokojowej, są drobnoustroje z grupy oidium. Jest to niemal jedyne zanieczyszczenie, rozwijające się w czasie stosowania metody kwasem siarkowym.

Tablica II ilustruje wynik badań wpływu autolizy plwociny w ciepłocie 37° C na żywotność prątków.

10 plwocin posiano dwukrotnie: raz w dniu pobrania i po raz drugi po trzydobowem trzymaniu w cieplarce. Plwocina w tych warunkach, jak wiadomo, dzieli się na dwie warstwy: górną płynną i dolną gęstą, z resztkami komórek, bakterjami gruźlicy. Według badań Bezançon'a, Mathieu, Philibe'a, De Jong'a i Hillemand'a, Favre'a i Devuns'a, b. gruźlicy ulegają znacznemu zagęszczeniu na dnie naczynia z autolizowaną plwociną. Spostrzeżenie to zastoso-

Tablica do pracy Dr. Cytronberga p. t. „O właściwościach treści dwunastniczej w różnych schorzeniach żołądka".

Nr. kolejny	Nr. przypadku	Imię, nazwisko, płeć, wiek / Rozpoznanie	Ilość otrzymana w ciągu 1 godz.		n		ς		γ		% chloru		% Na Cl		% mocznika		% azotu pozabiał.		Śluz		Białko		Próba biuretowa		Ciężar właściwy		UWAGI
			treść dwunast.	tr. żoł.	treść dwunast.	tr. żoł.	treść dwunast.	tr. żoł.	treść dwunast.	tr. żoł.	treść dwunast.	tr. żoł.	treść dwunast.	tr. żoł.	treść dwunast.	tr. żoł.	treść dwunast.	tr. żoł.	treść dwunast.	tr. żoł.	treść dwunast.	tr. żoł.	treść dwunast.	tr. żoł.	treść dwunast.	tr. żoł.	
1	1	D. R. ♂ l. 23; Ulcus duodeni	42	140	20,44	20,35	32,7	25,8	1,57	1,13	0,149	0,405	0,246	0,281	0,024	0,014	0,029	0,019	++	(+)	+	–	+ n	++ cz.	1012	10075	
2	6	A. J. l. ♂ l. 31; „ „	42	156	24,0	19,8	40,1	28,9	1,38	1,19	0,412	0,355	0,680	0,049	0,024	0,007	–	–	++	–	+	((+))	–	(+) cz.	10091	10056	
3	13	J. W. ♂ l. 32: „ „	37	98	25,3	18,9	34,1	27,1	1,39	1,15	0,456	0,369	0,752	0,446	0,028	0,006	0,039	0,010	+++	–	–	–	–	+ cz.	10089	10056	
4	29	J. P. ♂ l. 32; „ „	37	138	23,2	20,3	38,7	24,0	1,48	1,19	0,416	0,432	0,686	0,203	0,029	0,009	0,049	0,031	+++	–	–	(+)	–	++ cz.	10092	10068	
5	31	M. P. ♂ l. 57; „ „	34	157	23,0	20,4	36,4	23,8	1,51	1,17	0,410	0,496	0,677	0,393	0,048	0,018	0,069	0,039	+++	–	++	+	+ n.	++ cz.	10082	10062	
6	35	A. G. ♂ l. 41; „ „	29	57	23,84	21,23	37,9	27,4	1,42	1,22	0,306	0,385	0,505	0,472	0,029	0,007	0,037	0,036	+++	+	(+)	+	–	++ cz.	10075	10064	
7	9	A. F. ♂ l. 46; „ parapyl.	36	120	22,0	19,0	34,2	22,5	1,33	1,12	0,320	0,576	0,528	0,191	0,036	0,012	0,064	0,041	+++	(+)	+	+	+ n.	++ cz.	1009	10076	
8	11	F. G. ♀ l. 59 „ ventric.	29	59	20,61	18,2	33,1	30,1	2,6	1,16	0,400	0,397	0,660	0,432	0,017	0	0,035	0,015	+++	–	+	–	+ n.	(+) cz.	10087	10045	
9	22	L. L. ♂ l. 50; „ juxtapyl.	36	112	23,6	20,79	59,1	24,0	1,56	1,25	0,426	0,380	0,703	0,206	0,036	0,012	0,059	0,057	+++	+	(+)	+	–	++ cz.	10090	10070	
10	24	A. R. ♂ l. 48; „ ventric.	37	126	22,1	19,0	38,6	29,7	1,36	1,14	0,426	0,383	0,703	0,487	0,025	0,010	0,042	0,055	+++	+	(+)	(+)	–	(+) cz.	10079	10051	
11	25	Ch. Z. ♂ l. 58; „ „	38	156	23,7	21,6	37,9	23,3	1,35	1,18	0,456	0,386	0,752	0,292	0,038	0,012	0,063	0,049	+++	(+)	–	+	–	++ cz.	1009	10072	
12	30	J. G. ♂ l. 48; „ „	34	76	23,1	21,1	34,9	25,9	1,39	1,17	0,457	0,421	0,754	0,485	0,029	0,012	0,056	0,079	+++	++	+	+	((+)) n.	+ cz.	10095	10061	
13	33	F. K. ♀ l. 46; „ „	37	124	24,15	20,18	38,2	23,2	1,39	1,19	0,410	0,412	0,677	0,276	0,039	0,009	0,059	0,046	+++	–	((+))	+	–	++ cz.	10081	10062	
14	19	L. T. ♂ l. 46; gastrit. acida	19	96	22,42	21,0	39,5	24,9	1,26	1,15	0,326	0,312	0,538	0,163	0,050	0,012	0,066	0,073	+++	++	–	+	–	(+) cz	10072	10052	
15	32	Sz. B. ♂ l. 50 „ „	44	112	26,0	19,79	37,9	24,9	1,42	1,15	0,402	0,382	0,663	0,343	0,025	0,005	0,030	0,021	+++	++	((+))	((+))	–	+ cz.	10091	10064	
16	34	F. Z. ♀ l. 22 „ „	46	131	23,2	19,77	38,6	25,6	1,42	1,16	0,385	0,315	0,635	0,274	0,021	0,003	0,039	0,041	+++	+	–	+	–	+ cz.	10083	10071	
17	12	A. M. ♀ l. 36: „ „	33	92	24,7	18,88	36,5	25,3	1,61	1,50	0,426	0,310	0,703	0,277	0,020	0,006	0,035	0,027	+++	++	–	(+)	–	(+) cz. n	10093	10069	
18	18	K. P. ♀ l. 58; gastrit. subac.	15	36	23,6	19,4	39,2	28,3	1,36	1,13	0,358	0,284	0,591	0,398	0,038	0,010	0,069	0,069	+++	+	(+)	+	–	(+) n.	10091	10050	
19	27	Z. Sz. ♀ l. 24; „ „	13	42	22,42	22,0	36,1	30,5	1,80	1,25	0,439	0,412	0,724	0,627	0,028	0,005	0,048	0,057	+++	+	–	(+)	–	–	10102	10082	
20	21	A. O. ♀ l. 20; neurosis ventr.	25	146	21,0	19,1	37,1	26,4	1,66	1,21	0,385	0,320	0,635	0,234	0,020	0,010	0,036	0,037	+++	(+)	(+)	+	–	(+) cz. n.	10073	10052	
21	23	J. M. ♂ l. 27, „ „	26	64	23,6	20,3	39,1	25,4	1,40	1,16	0,360	0,284	0,594	0,259	0,021	0,006	0,040	0,029	+++	(+)	(+)	(+)	–	((+)) cz.n.	10087	10063	
22	8	A. O. ♂ l. 35; car. pyl. ex. ulc.	30	138	22,8	24,5	36,8	31,9	1,36	1,27	0,375	0,355	0,619	0,124	0,048	0,008	0,057	0,196	+++	++	+	++	+ n.	++ n.	10081	10089	
23	16	J. T. ♂ l. 59; carcin. ventr.	28	42	25,0	23,5	36,7	30,0	1,29	1,40	0,369	0,284	0,609	0,469	0,053	0,048	0,079	0,199	+++	++	+	++	+ n.	++ cz. n.	10102	10094	
24	36	J. C. ♂ l. 47; „ „	21	19	25,15	24,05	39,2	29,3	1,59	1,43	0,426	0,327	0,703	0,508	0,036	0,018	0,075	0,176	+++	++	+	+	–	+ n.	10097	10084	
25	10	Ch. Sz. ♀ l. 30; gastroptosis	23	55	23,1	19,7	35,8	27,3	1,29	1,19	0,426	0,426	.0,703	0,439	0,022	0,006	0,031	0,047	+++	+	(+)	+	((+))	+ cz.	10084	10055	
26	14	S. O. ♀ l. 58; „	22	48	23,7	19,78	39,1	32,1	1,48	1,35	0,355	0,275	0,586	0,348	0,039	0,013	0,062	0,054	+++	–	–	+	–	–	1011	10051	
27	28	J. J. ♂ l. 29; hypoton. ventr.	19	48	24,0	21,8	37,8	29,6	1,71	1,27	0,395	0,486	0,652	0,422	0,045	0,005	0,067	0,052	++	+	(+)	++	((+)) n.	++ cz	10108	1007	
28	3	G. N. ♀ l. 58; oesophagosp.	20	25	20,52	20,36	32,1	25,9	1,39	1,14	0,140	0,212	0,231	0,243	0,034	0,010	0,056	0,043	+++	+	(+)	(+)	((+)) n.	+ cz.	10074	10074	
29	17	M. B. ♀ l. 70; et oesophagit.	28	49	23,9	19,4	37,3	26,2	1,37	1,18	0,355	0,276	0,586	0,256	0,058	0,020	0,086	0,052	+++	+	+	(+)	–	(+) cz. n.	10099	10051	
30	4	J. K. ♂ l. 34; icterus luetic.	18	20	22,4	22,2	37,2	26,6	1,27	1,15	0,300	0,287	0,495	0,358	0,012	0	–	–	+++	++	+	+	+ n	+ n.	1009	1007	
31	5	K. K. ♂ l. 28; Lambliasis	26	115	25,7	18,6	37,1	32,0	1,39	1,12	0,426	0,355	0,703	0,459	0,028	0,008	–	–	+++	–	+	((+))	–	(+) n.	1010	1007	
32	7	W. Sz. ♂ l. 42; cholelithiasis.	28	36	24,9	20,36	35,7	27,9	1,43	1,14	0,140	0,198	0,231	0,173	0,040	0,006	0,052	0,047	+++	+	+	+	–	+ cz. n.	10095	1007	
33	15	F. K. ♀ l. 26; „	20	32	23,0	19,35	37,5	30,2	1,92	1,15	0,426	0,402	0,703	0,490	0,023	0,008	0,036	0,038	+++	+	(+)	+	–	+ cz. n.	10106	1006	
34	26	M. P. ♀ l. 60; „	19	118	21,6	19,34	34,9	28,1	1,33	1,14	0,426	0,383	0,703	0,467	00,46	0,015	0,092	0,086	+++	+	–	+	–	+ cz. n	10094	10061	
35	20	E. B. ♂ l. 27; tbc. cacci	24	42	22,0	19,75	39,5	28,9	1,35	1,10	0,369	0,341	0,609	0,317	0,020	0	0,056	0,029	+++	–	(+)	+	–	++ cz. n.	10086	1006	
36	2	J. W. ♂ l. 23; status post. intox. morphin.	34	45	20,7	21,0	32,1	27,0	1,47	1,14	0,130	0,426	0,214	0,636	0,020	0,012	0,046	0,047	+++	++	–	+	–	+ n.	1010	1009	
			1049	3070	834,45	734,78	1328,7	980,0	52,30	43,14	13,183	13,049	21,753	12,417	1,129	0,362	1,759	1,897							363299	362370	
		przeciętnie . . .	29	86	23,18	20,41	36,9	27,2	1,45	1,20	0,366	0,362	0,604	0.345	0,031	0,011	0,053	0,057							1009	10066	

wano przez wymienionych autorów do zagęszczania prątków w celach rozpoznawczych.

Po zbadaniu części (ok. 1 cm^3) plwociny zwykłym sposobem, zostawiałem około 8 cm^3 w probówce do wirowania w cieplarce na 3 doby. Po tym czasie zlewałem płyn i zostawiałem około 1 cm^3 osadu do którego dolewałem równe ilości kwasu siarkowego i po 10 min. siałem.

Jak widać z tablicy, prątki traca w tych warunkach znaczną część swej żywotności. Na bardzo nielicznej ilości pożywek otrzymano wzrost dodatni i to w postaci bardzo skąpej ilości pojedynczych kolonij, gdy przy metodzie zwykłej wzrost był obfity lub b. obfity. Metoda autolizy nie może zatem być zastosowana jako metoda przygotowania plwociny do hodowania z niej gruźlicy.

Tablica III przedstawia wynik badań porównawczych nad pożywką Petrowa, przygotowaną (poza mnieiszym nieco dodatkiem fioletu do zabarwienia lekko fioletowego) według metody podanej przez Limousin i pożywką mojej modyfikacji. Ostatnia składa się z 50 cm^3 odwaru ziemniaczanego (bouillon de pomme de terre-Vaudremer) 10 cm^3 gliceryny jałowej i 100 cm^3 przesączu jaj. W glicerynie rozpuszczałem drobne ilości barwika (fioletu goryczkowego), co jednak doprowadzało barwę pożywki zaledwie do szarej. Do tej ilości pożywki dodaję 4 cm^3 20% roztworu bulionowego żelatyny.

Badania porównawcze przeprowadziłem na 9 plwocinach kilkudniowych (do 10 dni) o bardzo słabej zawartości prątków Kocha i jednej ropie gruźliczej. Ogółem zasiano po 30 pożywek każdej modyfikacji. Jedna plwocina dała wynik ujemny na wszystkich 3-ch pożywkach Petrowa, inna na pożywkach mojej modyfikacji. Przyczyną wyników ujemnych na mojej pożywce jest wzrost zanieczyszczenia wspomnianemi drobnoustrojami. Obfitszy i szybszy wzrost na pożywce mojej modyfikacji tłumaczę sobie większym stopniem wilgotności pożywki i znikomą ilością dodawanego barwika.

Wnioski:

1. Do hodowania prątków gruźlicy z plwociny najbardziej nadaje się metoda homogenizacji 10% kwasem siarkowym w przeciągu 2 minut.
2. Wirowanie płynu przy tej metodzie jest zbędne.
3. Plwocina winna być zebrana do jałowego, przykrytego naczynia i badana w dniu pobrania.
4. Pożywka w podanej przezemnie modyfikacji, jako tańsza, łatwiej i szybciej dająca się przygotować, wykazuje jeśli nie lepsze, to jednakie z pożywką Petrowa wyniki. Bardziej zatem nadaje się do wyhodowania gruźlicy niż ostatnia.
5. Żywotność prątków gruźlicy w plwocinie poddanej autolizie w temperaturze 37° C ulega znacznemu osłabieniu.

Dr. Zdzisław TOMANEK. Lwów.

W sprawie leczenia toksykoz tarczycowych dużemi dawkami jodu.

Z II. Kliniki chor. wewn. Uniwersytetu J. Kazimierza:
Dyrektor: Profesor Dr: Roman Rencki:

Wprowadzenie jodu do lecznictwa toksykoz tarczycowych, a zwłaszcza choroby Basedow'a stanowi w dobie dzisiejszej zwrot niewątpliwie poważny, tak doświadczalny, jakoteż leczniczy. Że jednak nie jest on środkiem nowym, dowodzi tego przypadek choroby Basedow'a, opisany przez Mac Guire'a jeszcze w r. 1881, gdzie autorowi udało się uzyskać znaczną poprawę, po podaniu jodu.

Pomimo tego zdaje się ,że w stosowaniu jodu popełniamy jeszcze szereg błędów, pozostających być może w związku ściślejszym z niewyjaśnionym dostatecznie dotąd sposobem jego dawkowania. W mojej pracy poprzedniej[1]) przedstawiłem przypadki, które po kilkumiesięcznem leczeniu jodem, w dawkach tak minimalnych, jak 1 mg jodku potasowego na miesiąc, okazywały niekiedy dobre wyniki lecznicze. Skoro zatem i przy dawkach, nawet znacznie większych także poprawę uzyskać można, świadczy to o tem, że dawki jodu należałoby więcej indywidualizować, mając na względzie nie tylko stopień ciężkości schorzenia, lecz także i różną wrażliwość na jod u osobników dotkniętych toksycznem schorzeniem gruczołu tarczykowego. Pewnego podobieństwa w tym względzie można się doszukać w okolicznościach towarzyszących powstawaniu jodzicy, wywołanej podażą jodu, którego dawki potrzebne do sprowadzenia takich objawów wahają się u różnych osobników w granicach szerokich, przedstawiając najczęściej różnice indywidualne. Pozatem tolerancja jodowa w procesach patologicznych gruczołu tarczykowego zdaje się pozostawać w zależności i od warunków klimatycznych, związanych z położeniem geograficznem miejscowości, w których te schorzenia zachodzą. Tem możnaby tłumaczyć fakty, że wyniki jodolecznictwa hyperthyreoz przedstawiają w różnych krajach dosyć duże różnice. I tak autorzy amerykańscy stosują z powodzeniem jod w dawkach dużych, łącząc go także z zabiegiem operacyjnym. Tego samego zapatrywania są i autorzy francuscy. Natomiast w Niemczech i Austrji przeważa kierunek podawania dawek małych, a nawet i kierunek usunięcia jodu wogóle ze środków leczniczych w hyperthyreozach. Przeciwnicy jodolecznictwa opierają się bowiem, na spostrzeżeniach, w których wykazano znaczne pogorszenie się procesu chorobowego w hyperthyreozach leczonych jodem.

Nie zamierzając w tej chwili dociekać słuszności zapatrywań ostatnich, radbym przypomnieć tylko wynik badań Kocher'a, który jeszcze w r. 1904 wykazał, że gruczoł tarczykowy potrzebuje określonej ilości jodu do spełniania prawidłowych swoich czynności. Na tej podstawie został uznanym sposób leczenia wola pojedynczego za pomocą jodu. O ile jednak, metoda powyższa znalazła prawie, że uznanie powszechne, o tyle znowu stany związane z objawami tarczycowych toksykoz bywają uważane i u nas także za przeciwwskazania do leczenia jodem.

W uzasadnieniu tej pewnego rodzaju obawy przed pogorszeniem należałoby się cofnąć do spostrzeżeń Kocher'a i de Quervain'a, którzy starali się wskazywać na szkody związane z jodolecznictwem wola, jako tak zw. postacie „Jod-Basedow". Co się tyczy rodzajów wola, które dawały podobny obraz chorobowy pod wpływem jodu, to należy tutaj zaliczyć według autorów wole twarde, zwłaszcza o typie gruczolakowatym. Na tej podstawie wnosił Kocher, że także w chorobie Basedow'a jest przeciwskazane podawanie jodu.

Jednakowoż doświadczenia doby obecnej, jakoteż i nasze przeprowadzone w klinice lwowskiej pouczają, że jod stanowi w dzisiejszem lecznictwie choroby Basedow'a środek wprawdzie nie doskonały i nie wyłączny, to jednak w każdym razie środek wewnętrzny, którego w tem schorzeniu nie można pominąć, pomimo przeciwnych w tym względzie zapatrywań Kocher'a młodszego.

Trudno jest bowiem wątpić w to, że jod w procesach chorobowych gruczołu tarczykowego odgrywa tak znaczną rolę. Klasyczne doświadczenia Marine'a wykazały dowodnie, że kształty tarczycy pozostają w związku z dowozem jodu. Dotyczy to doświadczeń wykonywanych przez Marine'a na zwierzętach, a zwłaszcza na psach, wołach i owcach, u których przez odcięcie dowozu jodu w pożywieniu zdołał uzyskać zmiany przerostowe w gruczole tarczykowym. Na odwrót zaś podając tym zwierzętom jod, można było stwierdzić drobnowidowo powrót do prawidłowego utkania tarczycy. W ten sposób udało się dowieść, że graniczną zawartością jodową tarczycy jest 0,10% jodu. Zmniejszenie się tego poziomu prowadzi stale do zmian przerostowych w gruczole, natomiast nadwyżka t. j. ponad 0,10% zmian tych nie wywołuje.

Jakkolwiek doświadczenia powyższe zdają się więcej wyjaśniać patogeneze tylko pojedynczego wola, a więc wola bez objawów toksycznych, to jednak pamiętać należy o tem, że także w toksykozach tarczycowych bywają spotykane bardzo często podobne przerosty.

Wobec tego nie należałoby powątpiewać o czynnym współudziale jodu w przejawach tych chorobowych procesów. Jednakże pomimo tego, leczenie tylko samym jodem okazuje się często nie wystarczające. Przyczyny tego zjawiska należy niewątpliwie poszukiwać w tem, że toksyczne schorzenia tarczycy nie stanowią pierwotnego obrazu chorobowego, lecz są niejako procesem wtórnym. Główną rolę w tym względzie zdają się odgrywać czynniki takie, jak układ nerwowy wegetatywny, gruczoły wkrewne, a zwłaszcza płciowe. Pozatem pamiętać należy i o procesach chorobowych toczących się w narzadach odległych (infekcje) o czem zresztą szerzej już wspomniałem w pracy poprzedniej.

Przypadki oddziaływujące poprawą po podaniu jodu każą wnosić o słuszności doświadczeń Marine'a. Z drugiej strony zdaja się popierać także zapatrywania Kendall'a odnośnie do zmienionych własności wydzieliny gruczołu tarczykowego, tyroksyny, która u osobników z objawami tarczycowej toksykozy posiada według niego i Plummer'a skład o tyle zmieniony, że ilość jodu w niej zawarta jest mniejszą. Wskutek tego taka wydzielina posiada własności wybitnie toksyczne i zdolną jest sprowadzić kolejnie stany, które przebiegają z objawami takimi, jak n. p. gwałtowny spadek wagi ciała, zwiększenie podstawowej przemiany materji, przyśpieszenie tętna, wytrzeszcz gałek ocznych i t. p., które w tych razach prawie, że stale zachodzą. W tym wypadku podany jod zobojętniałby jadowitą tyroksynę i usuwałby tem samem następstwa wynikłe z działania tej trucizny.

* * *

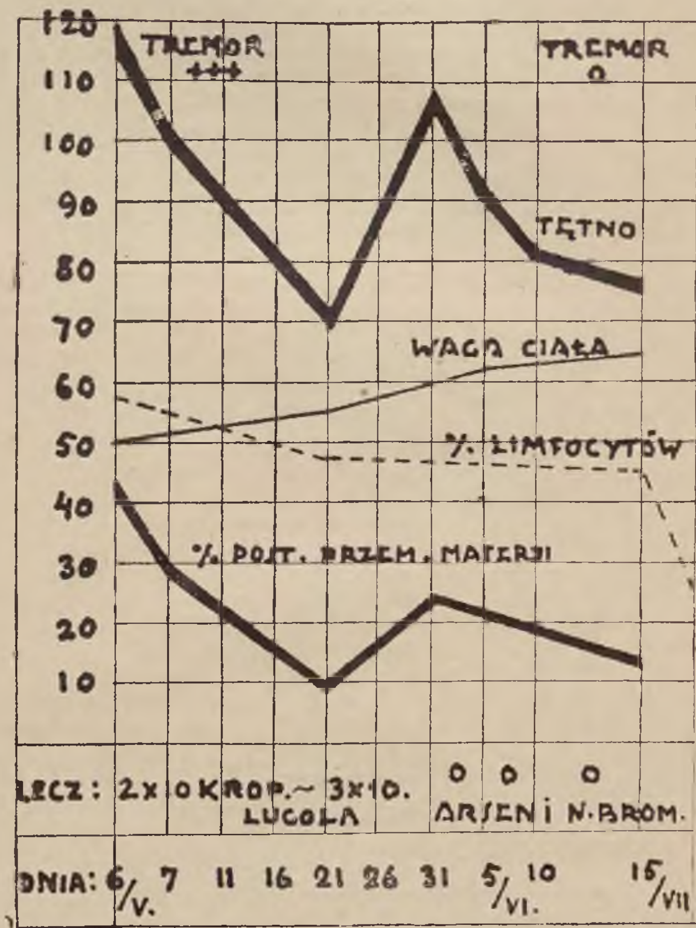
Ocena kliniczna przypadków choroby Basedow'a, przeprowadzana w naszej klinice, opierała się na dokładnej obserwacji zasadniczych objawów. W tym celu notowano zachowanie się obja-

[1]) Pol. Gazeta lekarska 1927 r. N. 43, S. 896, (wyd. jubil.).

wów ocznych t. j. Graefe'go, Moebius'a i Stellwag'a, pobudliwość naczynio-ruchową, drżenie rąk, ilość tętna, ciśnienie krwi, obraz cytologiczny krwi, wielkość gruczołu tarczykowego, wagę ciała i przebieg podstawowej przemiany materji. Przytem wypada nadmienić, że badanie zachowania się tętna, a zwłaszcza podstawowej przemiany materji okazały się sposobem najczulszym w wykrywaniu nawet wahnień małych w toksykozach tarczycowych. Nieraz wprawdzie spostrzega się fakty, iż nasilenie procesów podstawowej przemiany materji nie postępuje ściśle w parze ze stopniem ciężkości schorzenia i że nieraz uderzają kontrasty w niewspółmierności zachowania się tej przemiany w odniesieniu do wagi ciała, tętna i wogóle obrazu przedmiotowego[2]). Jednakowoż zdają się być to wypadki sporadyczne, albowiem praktycznie we wszystkich hyperthyreozach daje się zauważyć często pewna zależność bilansu podstawowej przemiany materji i tętna, a bilans tej przemiany bywa w tych razach prawie stale wyższy. Pod tym względem z wyjątków należy wymienić niektóre postacie choroby Basedow'a powikłane obrzękiem śluzakowatym. W jednym z takich przypadków w naszej klinice, wykazywał bilans podstawowej przemiany materji nawet lekkie obniżenie — 0,66%. Na ogół, oznaczenie podstawowej przemiany materji daje nam możność oceny ciężkości danego przypadku hyperthyreozy, pozwalajac z łatwością wyróżnić ich postacie rzeczywiście ciężkie od ciężkich tylko pozornie. Według autorów Aub'a, Christie'go, Mac Cascey'a, Means'a i Sistrunk'a odpowiadają przypadkom lżejszym zwyżki tejże przemiany między 10—20%. Przypadki średnio ciężkie nie przekraczaja bilansu 60%. Natomiast te, które maja powyżej 60% i sięgaja niekiedy tak wysokich odsetek jak 150% (Maranon), a nawet 170%, określaja w sposób prosty stan groźny i pozwalają odpowiednio rokować. Tak dużym zwyżkom podstawowej przemiany materji odpowiada w zupełności wygląd tych chorych n. p. Maranon opisuje przypadek ciężkiej hyperthyreozy u osobnika lat 65, u którego ruchy kończyn i mowa były uniemożliwione z powodu osłabienia i znacznego drżenia. Badanie podstawowej przemiany materji wykazywało wtedy 150% zwyżki. Wprawdzie w naszej obserwacji klinicznej nie mieliśmy tak znacznej zwyżki, to jednak mieliśmy zwyżki ponad 70% w obliczeniu aparatem Krogh'a. Stan przedmiotowy i wygląd chorych odpowiadał w zupełności takiej zwyżce podstawowej przemiany, a u jednej chorej z bilansem + 72% można było stwierdzić ogólną niemoc i trudność mowy z powodu ogólnego drżenia.

U chorych w ten sposób badanych podawaliśmy doustnie jod w postaci płynu Lugola o składzie: Jodi p. 0.5. Kalii jodati 1,0 Aquae dest. 10,0. Z tego podawaliśmy naszym chorym 5—30 kropel dziennie, zależnie od ciężkości przypadku, podajac w stanach cięższych więcej, natomiast w lżeiszych mniej i kierujac się wreszcie sposobem znoszenia tych dawek, których wysokość dzienna odpowiadała przecietnie około 100 mg czystego jodu.

Przyp. I. Lp. 596/27. Chora M. K. lat 39. przyjeta do kliniki 6. V. 1927. Wywiady rodzinne bez znaczenia. W dzieciństwie przeszła zapalenie stawów. Od 5 miesięcy zauważyła zgrubienie szyi i od tego czasu miewa czesto bicia serca, poci się obficie przyczem odczuwa silne rozdrażnienie. W ostatnim miesiacu straciła 10 kg na wadze. Perjody nieregularne, łaknienie wzmożone, stolce prawidłowe. Odczyny Pirquet'a i Wassermann'a ujemne. Przedmiotowo stwierdza się: Wzrost wiecej niż średni, mierna budowa kośćca, odżywienie podupadłe, podściółka tłuszczowa zanikajaca, skóra obficie wilgotna. Mimika twarzy żywa, usposobienie płaczliwe. Wytrzeszcz gałek ocznych wyraźny, objawy oczne Graefe'go, Moebius'a i Stellwag'a silnie dodatnie. Wol miękki, tętniacy, obwód szyji wynosi 35 cm. Pobudliwość naczynioruchowa żywa, drżenie rąk wyraźne. Płuca bez zmian. Serce w granicach prawidłowych. Nad końcem serca słyszalny szmer skurczowy. Pozatem wszędzie po dwa tony, pokryte wzdłuż mostka szmerami tracemi. Rysunek roentgenologiczny serca i elektrokardiogram normalny. Tętno przyspieszone do 120 uderzeń na minutę. Ciśnienie krwi R. R. = 120 mm Hg. Waga ciała 51 kg. Bilans podstawowej przemiany materji + 45.7% (Krogh). Mocz prawidłowy. We krwi c. b. 5,400, c. cz. 4,690.000, % Hb. 60, wskaźnik 0.66. W obrazie cytologicznym krwi, neutrochłonnych 39%, limfocyt. 58.5%, monoc. i przejść. 1.5%, eozynochłon. 1%. Podano płyn Lugol'a początkowo 20, a później 30 kropli dziennie. W 24 godzin po Lugol'u wystąpił spadek podstawowej przem. mat. na 30% (Krogh). Tętno obniżyło się do 100 uderzeń na minutę. Przy dalszem leczeniu jodem uzyskano 21. V. prawidłowy bilans p. m. + 11.1%. Waga ciała podniosła się na 55 kg. Objawy oczne znacznie złagodniały. Ciepłota c. dotychczas podgorączkowa spadła do wartości normalnych. Badanie cytologiczne krwi wykazało lekką obniżkę limfocytów do 47%. Pomimo tego gruczoł tarczykowy wzrastał albowiem szyja w obwodzie zgrubiała o 1 cm. W 3-cim tygodniu leczenia wystąpiło lekkie nasilenie objawów chorobowych: Tętno z 72 uderzeń podniosło się do 110, bilans podstawowej przemiany materji urósł do + 25%, a ponadto pojawiło się krwawienie nosa. Wobec tego jod odstawiono. W ciągu 3 dni następnych wol zaczął się cofać, a waga ciała, dotychczas bez przerwy zwyżkowa, przekroczyła 60 kg. Dn. 15. VI. wól całkowicie ustąpił, objawy oczne nie wyraźne, podstawowa przemiana materji przybliżona do normy. W miesiąc później zgłosiła się chora bez żadnych objawów podmiotowych ani też przedmiotowych, za wyjątkiem cichego szmeru skurczowego nad końcem serca. Badanie cytologiczne krwi w tym czasie wykazało spadek limfocytów do 28%. (Rys. 1.).

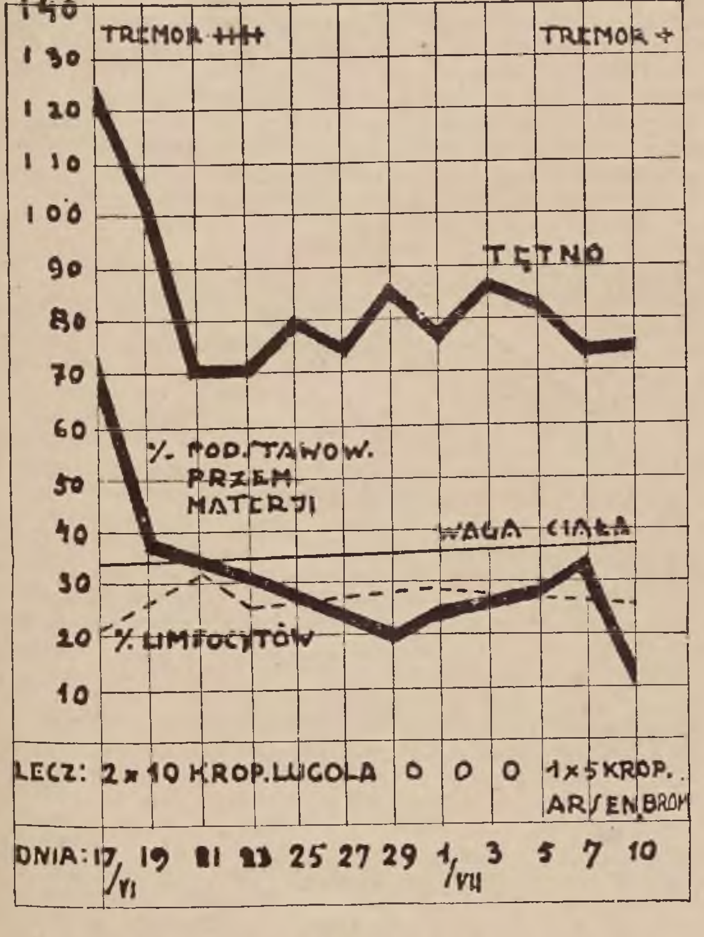


Rys. 1.

Przyp. 2. Lp. 709/27. Chora J. W. lat 50, przyjęta do kliniki 17. VI. 1927. Jest matką 4-ga dzieci zdrowych. Od 9 miesięcy cierpi na silne bicie serca, pieczenie wzdłuż mostka, poci się silnie, miewa bole w stawach, odczuwa silne osłabienie i drżenie całego ciała. Na wadze znacznie spadła. Stolce na przemian rozwolnione i zaparte. Z powodu znacznego wyczerpania chodzić nie może. Odczyny Pirquet'a i Wassermann'a ujemne. Badanie przedmiotowe stwierdza wzrost średni, dobrą budowę kośćca i znaczne wychudzenie. Podściółka tłuszczowa prawie zupełnie zanikła, na całem ciele wyraźne drżenie. W związku z tem pewna trudność w mówieniu i wykonywaniu ruchów. Wyraz twarzy zmienny, przeważnie surowy, a niekiedy płaczliwy. Gałki oczne nieznacznie wytrzeszczone. Objaw Graefe'go i Stellwag'a +, Moebius'a +. Gruczoł tarczykowy tylko lekko powiększony, obwód szyi 30 cm. Pobudliwość naczynioruchowa wzmożona. Serce o powiększonej komorze lewej. Nad końcem serca słyszalny szmer skurczowy, drugi ton rozdwojony, nad tętnicami po 2 tony i rozległe tarcie osierdziowe. Czynność serca niemiarowa — skurcze dodatkowe. Prześwietlenie r. serca potwierdza przerost komory lewej. Elektrokardiogram wykazuje w III-ciem odprowadzeniu nieco szersze wychylenie R. Tętno niemiarowe, 126 uderzeń na minutę. Ciepłota ciała podwyższona do 38° C. Waga ciała 35.70 kg. Bilans podstawowej przem. materji + 72.8% (Krogh). Mocz prawidłowy. We krwi c. b. 6.400, a w obrazie cytologicznym 76% neutrochłonnych, 21% limfocytów, monoc. i przejś. 2%, eozynochłonnych 1%. A zatem obraz krwi dosyć nietypowy, z przesunięciem na korzyść neutrochłonnych. Podano płyn Lugol'a w dawce 20 kro-

[2]) Podobny przypadek takiej niewspółmierności zaobserwowaliśmy w naszej klinice. Dotyczył on chorej 56-letniej, znacznie otyłej, u której jedynym objawem chorobowym był wól, dosyć znacznych rozmiarów. Prócz tego stwierdzono wól wśródpiersiowy. Podstawowa przemiana materji oznaczona metodą Krogh'a wykazywała stałą nadwyżkę (+ 48,7%), natomiast waga ciała (97 kg.) podnosiła się stale, przy tętnie nie przekraczającem 70 uderzeń na minutę.

pli dziennie W 48 godzin później bilans p. p. m. obniżył się szybko do 38.5%, a tętno uległo znacznemu zwolnieniu, osiągając w 72 godzin po podaniu jodu 80—70 uderzeń na minutę. Badanie krwi z dn. 21. VI. wykazało przyrost limfocytów do 32%, a ciepłota ciała spadła do wartości normalnych. Dalsza obserwacja wymienionych objawów wykazała stale zniżkowy kierunek wzmożonego bilansu podst. p. m., który dn. 29. VI. wynosił + 19.9%, przy tętnie 84 uderz. na m. Przyrost wagi ciała był tutaj bardzo nieznaczny. Natomiast w obrazie krwi odsetek limfocytów zbliżył się do wartości prawidłowych (27%). Celem uniknięcia odczynu jodowego, który w naszych przypadkach stale spotykaliśmy, odstawiliśmy podawanie jodu przez czas 6 dni. W dwa dni po pauzie jodowej bilans p. p. m. zaczął się lekko unosić a tętno zwolna przyspieszać, przy zachowaniu jednakże dotychczasowej wagi ciała i przy poprawnym obrazie krwi. Podwyżka bilansu p. p. m. wynosiła tym sposobem w 6-tym dniu bezjodowym + 33% przy tętnie 88 ud. na m. Wobec tego podano małe dawki jodu po 5 kropli dziennie, w następstwie czego uzyskano już po jednym tygodniu 78 uderzeń tętna, znaczne zmniejszenie się drobnego drżenia palców, zniknięcie małego zresztą wola, przybytek na wadze do 37.10 kg i prawidłowy poziom podst. p. m. (11.6%). Stan podmiotowy chorej uległ znacznej poprawie. Dnia 10. VII. chorą wypisano i przepisano arsen. Wedle zebranych wiadomości o chorej, ma się dobrze, przybiera na wadze i chodzi o własnych siłach. (Rys. 2.).



Rys. 2.

Przyp. 3. Lp. 190/27. Chora M. K. lat 25 ma od trzech lat objawy ciężkiej choroby Basedow'a. Z tego powodu poddała się dwukrotnemu zabiegowi operacyjnemu, naprzód podwiązaniu naczyń, a później resekcji gruczołu tarczykowego. Po przejściowej poprawie nawrót wszystkich objawów. Stan ciężki, ciągłe wymioty i biegunki, tętno przyspieszone od 130—150 uderzeń na minutę. Objawy oczne i drżenie bardzo wyraźne. Waga ciała 58 kg, bilans podstawowej przemiany materji stosunkowo nieduży, jednakże ze zwyżką 23.4% (Haldane-Krogh). Ciepłota podgorączkowa. Po insulinie, antythyreoidynie i ergotaminie poprawy brak. Bilans podstawowej przemiany materji stale zwyżkowy, dn. 29. IV. okazywał + 39.8%. Podano jod w ilości 30 kropel dz. Dn. 8. V. waga ciała podniosła się do 60 kg, tętno poraz pierwszy obniżyło się do 96 uderzeń na minutę, ustały wymioty a stan podmiotowy chorej uległ znacznej poprawie. Bilans podst. p. m. opadał stale, a w miesiąc później osiągnął maximum spadku — 1.77% (Krogh). Zwolna zaczęły ustępować biegunki, a objawy oczne i drżenie także znacznie zmalały. Po jednomiesięcznem podawaniu jodu odstawiono jod. W związku z tem nastąpiło lekkie nasilenie objawów chorobowych i przyspieszenie tętna do 112. Po 1½ tygodniowem trwaniu tych objawów nastąpiła ponowna poprawa. Badanie z dn. 8. VII. wykazało 94 uderzeń tętna, niewyraźne drżenie rąk i lekkie objawy oczne. Waga ciała 61 kg, bilans p. p. m. + 16%, a więc przybliżony do wartości prawidłowych.

W trzech wyżej przedstawionych przypadkach wzorowego działania jodu wykazaliśmy niejako optimum wyników leczniczych uzyskując, jak n. p. w przypadku pierwszym prawie, że kliniczne wyleczenie, w dwóch dalszych natomiast znaczną, chociaż niezupełną poprawę. Przypadek trzeci poucza o tem, że nie można odmówić jodowi korzystnego wpływu na przebieg choroby Basedow'a. U chorej poddanej dwukrotnie ciężkiemu zabiegowi chirurgicznemu, jakoteż działaniu wszystkich znanych nam metod zachowawczych, spotkaliśmy się z dużą odpornością na wszelkie nasze usiłowania. Tutaj dopiero jod podany oglednie sprowadził długo oczekiwaną poprawę. Niestety nie dotyczyło to wszystkich, przez nas opracowanych przypadków. Z materjału naszej kazuistyki nie oddziaływały poprawą po jodzie niektóre typowo rozwinięte postacie choroby Basedow'a, pomimo tego, że przecież można było stwierdzić w pierwszym tygodniu takiego leczenia zwolnienie tętna i przejściową obniżkę podstawowej przemiany materji. Były to jednak przypadki, z objawami zaburzeń w przewodzie pokarmowym w postaci silnych biegunek, opornych na wszelkie leki. W tych razach podany jod nieraz pozostawał bez wpływu, niekiedy zaś sprowadzał nasilenie w odczynie jodowym, o którym później wspomnę. Być może, że w razach podobnych, chodziłoby o zaburzenia w prawidłowej resorbcji jodu, jako następstwo zaburzeń w przewodzie pokarmowym. Tego rodzaju przypuszczenie, pokrywa się poniekąd z zapatrywaniami Plummer'a, który sądzi, że przyczyną powstawania niektórych postaci wola, a zwłaszcza t. zw. struma colloides jest wadliwy mechanizm wchłaniania jodu, przyjmowanego w pokarmach i we wodzie, w związku z toksycznem, czy też infekcyjnem (Mc Carrison) uszkodzeniem przewodu pokarmowego.

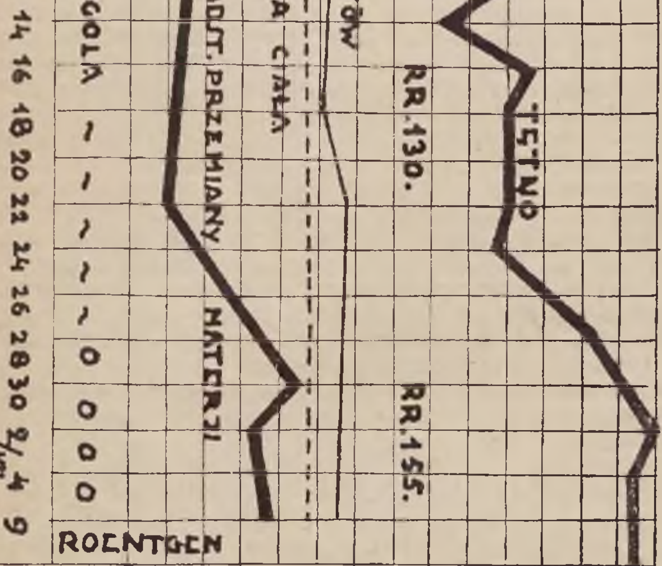
A dalej, jak wynika z naszych doświadczeń, nie wszystkie postacie hiperthyreozy oddziaływują na jod w sposób jednakowy. Są bowiem postacie, w których pierwszy okres działania jodu jest tylko przejściowo dodatni, albo też nie występuje zupełnie, natomiast w dalszem jego stosowaniu spostrzegamy najczęściej po upływie czasu 3-ch tygodni duże odczyny pojodowe, których rezultatem bywa albo *status quo ante*, lub też nasilenie objawów chorobowych.

Mam tutaj na myśli sprawę wyosobnienia w tym względzie postaci, znanych nam z opisów autorów amerykańskich, jako t. zw gruczolaki toksyczne *(adenoma toxicum)* i wyróżnienia ich od typów czystego Basedow'a. Ostrożne badanie wola, tak co do kształtu, spoistości, jakoteż powierzchni wykazuje tutaj duże różnice. O ile wól miękki, tętniący zdaje się charakteryzować postacie Basedow'a, o tyle znowu wola twarde, guzowate, lub też elastyczne o wyglądzie torbieli stanowią najczęściej obraz takich gruczolaków toksycznych. W tych ostatnich przypadkach, działanie jodu oceniane z przebiegu objawów klinicznych przedstawia typ dosyć charakterystyczny, różniąc się zasadniczo od przypadków przedstawionych poprzednio. Jako przykład przedstawiam jeden z takich przebiegów.

Przyp. 4. Lp. 673/27. Chora R. B. lat 25 przyjęta do kliniki tut. 2. VI. Choroba obecna rozpoczęła się przed rokiem znacznem zgrubieniem szyi i wytrzeszczem gałek ocznych. Odczuwa bicie serca, poci się obficie i skłonną jest bardzo do płaczu. Przedmiotowo stwierdza się: wzrost średni, drobna budowa kośćca, odżywienie mierne, skóra obficie wilgotna. Wytrzeszcz gałek ocznych, objawy Graefe'go, Moebius'a i Stellwag'a wyraźne. Wól duży, twardy, o powierzchni falistej, szyja w obwodzie wynosi 36 cm. Pobudliwość naczynio-ruchowa wzmożona, drobne drżenie rąk wyraźne. Serce w granicach prawidłowych, tony czyste, objawy częstoskurczu typu zatokowego stwierdzone elektrokardjografem. Tętno przyspieszone do 136 uderzeń na minutę, ciśnienie krwi R. R. 165 mm Hg. Waga ciała 44.20 kg, bilans podstawowej przemiany materji stosunkowo nieduży, ze zwyżką +30.8% (Krogh). W obrazie cytologicznym krwi 52% limfocytów. Stan podgorączkowy. Podano płyn Lugola w ilości 20 kropli dziennie. W następnych dniach wystąpił spadek uderzeń tętna do 82 i powolny spadek bilansu pod p. m., który w 18 dni po podaniu jodu, zmniejszył się do +9.9% przy równoczesnem wzroście wagi ciała do 47 kg. Jednakowoż d. 28. VI. tętno zaczęło się przyspieszać do 126 uderzeń na minutę, a bilans podst. p. m. podniósł się do +36%. Wobec tego musieliśmy zaprzestać stosowania jodu. W związku z tem stwierdziliśmy stale postępujące pogorszenie, przyczem tętno podniosło się do 140 uderzeń, a bilans p. p. m. do +42.5%. Prawidłowa ciepłota ciała zaczęła z powrotem okazywać wahania podgorączkowe. (Rys. 3).

W przypadku powyższym, okazującym pewien niestosunek pomiędzy wysokością tętna, a bilansem podstawowej przemiany ma-

terji uzyskaliśmy zatem tylko przejściową poprawę za wyjątkiem wagi ciała, która wykazywała tutaj kierunek zwyżkowy, pomimo niekorzystnego zwrotu w przebiegu procesu chorobowego. Tego rodzaju końcowy rezultat, jak wyżej, przedstawia niejako pewien typ wyników, często spotykanych w leczeniu jodem tych postaci tarczycowych toksykoz. Podobne zaostrzenie procesu chorobowego uzyskaliśmy w 10 przypadkach ściśle, klinicznie badanych gruczolaków. Z tego wynikałoby, że w tych razach należy postępować z po-



Rys. 3.

dawaniem jodu w sposób bardzo oględny. Z drugiej strony natomiast przekonaliśmy się, że szkoda wywołana nieostrożnem stosowaniem jodu zależy w głównej mierze od stopnia rozwoju objawów gruczolaków toksycznych. Przypadki pojedynczego wola, które po jodzie przechodzą łatwo w stany toksyczne, znane są powszechnie. Stanowią one zarazem, jakby te postacie, które okazują skłonność do objawów toksycznych, w odróżnieniu od typów wola, ustępujących po jodzie. Wywołane przez jod, objawy toksyczne, których przedtem nie było, przypominają w zupełności objawy spotykane u tych osobników nawet spontanicznie, ale dopiero znacznie później, bo nieraz aż po kilkunastu latach. W tych warunkach podanie jodu zdaje się być równoznacznem z przyspieszeniem rozwoju procesu chorobowego i z przyspieszeniem następstw, wywołanych tymże procesem.

Jednakowoż ostatni ten moment prawie, że odpada w razach zupełnego rozwinięcia się objawów toksycznych przy tem schorzeniu. To też autorzy amerykańscy (Mayo, Boothby i inni) stosują tutaj także jod, lecz tylko, jako przygotowanie do zabiegu operacyjnego, w którym rokowanie staje się w ten sposób korzystniejsze, gdyż obniża się bilans podstawowej przemiany materji, tętno staje się spokojniejsze, waga ciała się podnosi, a stan podmiotowy chorych zwykle się polepsza, przez co zabieg ten staje się dla chorych lżejszym.

A zatem przeciwwskazaniem zasadniczem do podawania jodu, byłyby tylko gruczolaki tarczycowe we wczesnych okresach chorobowych. Natomiast postacie długotrwałe, z rozwiniętemi objawami toksycznemi stanowiłyby przeciwwskazania tylko warunkowe, t. zn. że po podaniu dużych dawek jodu należy bezwłocznie poddać chorego zabiegowi operacyjnemu, korzystając z wystąpienia remisji.

Pozatem mieliśmy sposobność zaobserwowania działania jodu także i w częstoskurczach z tłem tarczycowem. Tutaj mieliśmy wyniki dobre ale zwyczajnie o charakterze czysto przejściowym, poczem występowały nawroty.

Przyp. 5. Lp. 638/27. Chory J. B. lat 35. Od roku odczuwa znaczne osłabienie i traci na wadze. Od 3-ch miesięcy stan podgorączkowy i ciągłe bicie serca. Ostatnio pojawiły się wymioty treścią spożytych pokarmów. Odczyn Pirqueta dodatni, Wassermanna ujemny. Badanie przedmiotowe stwierdza wzrost wysoki, smukłą budowę ciała, odżywienie podupadłe. Objawów ocznych brak, gruczoł tarczykowy żadnych zmian nie okazuje. Serce o nieco większej komorze lewej. Czynność serca żywa. Elektrokardjogram wykazuje w II i w III odprowadzeniu wysokie wychylenie komorowe R i S. Ilość tętna wynosi do 140 uderzeń na minutę. W płucach stara zmiana szczytowa prawostronna. Ciśnienie krwi R. R. = 125 mm Hg. Badanie czynnościowe tarczycy metodą szczepień przemawia za hiperthyreozą. Bilans podstawowej przemiany materji +48.9% (Krogh). W obrazie krwi 42% limfocytów. Waga ciała stale zniżkowa 53 kg. Po podaniu antythyreoidyny stan ciężki, wymioty. Naparstnica i brom pozostały bez wpływu. Dnia 7. VI. podano płyn Lugola 20 kropel dziennie, obniżając tę dawkę w dniach następnych do 10 kropel z powodu objawów nietolerancji. W ciągu 3-ch dni ilość tętna spadła do 76 uderzeń, ustały wymioty, a niemoc ogólna zaczęła ustępować. Ustąpił również stan podgorączkowy i prawie do normy opadł, bilans p. p. m., jednakowoż nie na długo, bo w dwa tygodnie później bilans zaczął wzrastać, osiągając zwyżkę +31.3% (Krogh). Wobec tego jod odstawiono. W tym przypadku uzyskaliśmy u chorego przybytek na wadze o 3 kg i przejściową poprawę.

Na koniec radbym zestawić przebieg działania jodu w toksykozach tarczycowych. W przykładach poprzednich wykazaliśmy już wyżej, że działanie jodu rozpoczyna się bardzo szybko, a efekt jego działania można zauważyć już po 24—48godzin. Dotyczy to oczywiście tylko dawek dużych. Niezwykle czuły objaw rozpoznawczy stanowi tutaj zachowanie się bilansu podst. przemiany materji, który w tak krótkim czasie spada niekiedy nawet do połowy swojej wysokości poprzedniej. W naszych doświadczeniach zauważyliśmy, że ten spadek bilansu p. p. m. pozostaje w pewnym stosunku do jego wysokości początkowej. Stwierdziliśmy bowiem, że to obniżenie staje się tem wydatniejsze, im wyższym był bilans przed podaniem jodu. Prawie, że równolegle ze spadkiem podstawowej przemiany materji obniża się w czasie tym samym także i tętno, natomiast pozostałe objawy ustępują stosunkowo wolno, przy wadze ciała o kierunku stale zwyżkowym. Spotykane przez nas wahania w obrazie cytologicznym krwi, w odniesieniu do różnic w odsetkach limfocytów zdają się być tylko okolicznościowe. Pozatem stan podmiotowy chorych zaczyna zwykle się polepszać wraz ze zwolnieniem tętna, co chorych znacznie uspokaja. Jest to pierwszy okres działania jodu, którego czas trwania jest indywidualny, a zatem różny. Zwyczajnie z końcem drugiego, a najdalej trzeciego tygodnia okres ten się kończy ustępując miejsca okresowi narastania objawów. Tutaj najczęściej odstawiamy jod, wobec widocznego pogorszenia, jednakowoż przerwać tego okresu narastania nie możemy, pomimo cofnięcia leku. Możemy jednakże wpłynąć na wysokość tego zaostrzenia przez odstawienie jodu, ale jeszcze przed końcem okresu pierwszego. Zresztą wysokość tego odczynu zależną jest od rodzaju tarczycowej toksykozy, okazując w gruczolakach toksycznych odczyny znacznie cięższe, aniżeli w prawdziwych przypadkach choroby Basedow'a, gdzie przebiegają krócej i łagodniej, poczem przemijają zupełnie. W tej to ostatniej fazie działania jodu spotyka się w przypadkach korzystnych zmniejszenie się wola a w obrazie cytologicznym krwi obniżenie odsetku limfocytarnego. Zatem, jeżeli chodzi o kolejność ustępowania objawów w czasie podawania jodu, to w przypadkach pomyślnych obniża się najpierw bilans podstawowej przemiany materji i tętno, później ustępują poty, podwyżki ciepłoty, a częściowo zaś i drżenie, wreszcie waga ciała się podnosi, a na samym końcu zmniejsza się wól, znikają objawy oczne i limfocytoza.

Wnioski:

1) Działanie jodu w dawkach dużych w leczeniu toksykoz tarczycowych cechuje znamienna dwufazowość odczynu.

2) Wysokość odczynu fazy drugiej bywa najczęściej zawisłą od rodzaju tychże toksykoz, przedstawiając w gruczolakach toksycznych stany trwałego zaostrzenia, natomiast łagodny i przejściowy odczyn w chorobie Basedow'a.

3) Leczenie typowych postaci choroby Basedow'a za pomocą dużych dawek jodu jest wobec tego wskazane.

4) Przeciwwskazania do leczenia jodem zdają się stanowić gruczolaki tarczyczne, natomiast gruczolaki z objawami toksycznymi należałoby leczyć bardzo oględnie, łącząc pierwszą fazę działania jodu zawsze z zabiegiem chirurgicznym.

Piśmiennictwo.

1) Boothby W. M.: Endocrinol, 1921, 5. I. — 2) Tenże: Ibidem 1924, 8, 727. — 3) Kendall i Wilbur: Am. S. M. Sc. (Philadelfia) 1916 151, 79. — 4) Kocher: Mitt. a. d. Grenzgebiet. Med. u. Chir. (Jena) 1902 9. I: — 5) Tenże: Deutsche Klinik (Berl. u. Wien.) 1905, S. III. 5. — 6) Maranon: cytowany przez Weil-Guillaumin. Paris, Monde Med. 1927, Nr.

704. — 7) Marine D. i Lenhart: Arch. Int. M.d. (Chicago) 1911, 265. — 8) Tenże-Kimball: Journal Am. Med. Ass. 1921, 77. —9) Mayo C. H.-Boothby W. M.: Journ. Am. Med. Ass. (Chicago) 1923. — 10) Plummer H. S.: J. Am. Med. Ass. (Chicago) 1912, 59, 327. — 11) Tenże: Ibidem 1913. — 12) Tenże: Journ. Amer. Med. Ass. 1923, 80, 1955. — 13) Quervain: V. G. Fischer. Jena 1920, Bd. 1. 388.

Karol ROŻKOWSKI. Częstochowa.

Z powodu artykułu Doc. Dra med. Sterling-Okuniewskiego „O rozszerzeniu tętnicy głównej".

W artykule pod powyższym tytułem, umieszczonym w Nr. 43 Polskiej Gazety Lekarskiej, Dr. Sterling-Okuniewski omawia sprawę etjologji i rozpoznawania rozszerzenia tętnicy głównej na podstawie 54 przypadków, spostrzeganych w ostatnich dwóch latach. Autor przychodzi do wniosku, że w chorobie tej najczęściej niema wyraźniejszych objawów przedmiotowych, że wyniki opukiwania są „nikłe lub wątpliwe", wypukowo tętnica „zazwyczaj nie powiększona w prawo", i że jedynie drogą badania radjologicznego można wykryć rozszerzenie naczynia.

Aczkolwiek przyznaję, że radjologja oddaje nam na tem polu nieocenione usługi, nie mogę zgodzić się z poglądem autora, że jest ona jedyną drogą, wiodącą do celu, że badania fizykalne nie mają tutaj poważniejszej wartości. Zagadnienie to omówiłem szczegółowo w 2 pracach, drukowanych w Polskiem Archiwum Medycyny Wewnętrznej[1]), z których jedna ukazała się również w przekładzie francuskim[2]). Na podstawie licznych badań porównawczych fizykalnych i radjologicznych starałem się wykazać, że opukiwanie łuku tętnicy głównej powinno stać się ważnym działem diagnostyki fizykalnej układu krążenia i znaleźć szerokie zastosowanie w praktyce lekarskiej. Podany przeze mnie sposób opukiwania rękojeści mostka w większości przypadków nie nasuwa żadnych trudności technicznych, nie wymaga szczególnej biegłości i daje bardzo cenne wskazówki co do wymiarów tętnicy głównej w warunkach prawidłowych i w jej rozszerzeniach. Zgadzam się z autorem, że badanie radjologiczne „powinno stać się obowiązującem w każdym przypadku podejrzenia lub pewności co do schorzenia tętnicy głównej", sądzę jednak, że dążąc do właściwego rozpoznania, powinniśmy wyzyskać i wyczerpać wszystkie sposoby badań fizykalnych. Wobec artykułu dra Sterling-Okuniewskiego uważam za konieczne jeszcze raz podkreślić, że w większości przypadków rozszerzenia tętnicy głównej niema zasadniczej różnicy między wynikami metodycznego opukiwania rękojeści mostka i radjologicznego badania.

We wstępie swego artykułu Dr. Sterling-Okuniewski wymienia kilkanaście nazwisk, przeważnie francuskich; o proponowanym przeze mnie sposobie badania niema ani słówka. Jest to tem dziwniejsze, że pierwszy mój artykuł zamieścił w wydawanym przez siebie miesięczniku prof. Vaquez, którego prace nad radjodiagnostyką tętnicy głównej są powszechnie znane. — Piszę o tem z prawdziwą przykrością. Niestety powoływanie się na autorów obcych, a pomijanie i lekceważenie prac swojskich stało się tak wielką bolączką naszego piśmiennictwa, że dla dobra nauki polskiej z tą wadą należy bezustannie walczyć.

[1]) Koral Rożkowski: W sprawie opukiwania rękojeści mostka w równomiernych rozszerzeniach łuku tętnicy głównej. P. Arch. Med. W. Tom IV, zeszyt II, r. 1926 i Tom V, zeszyt II, r. 1927.

[2]) De la percussion de la poignée du sternum dans les dilatations fusiformes de la crasse de l'aorte. Archives des Maladies du Coeur, Mai, 1927.

Odpowiedź Dr. Sterling-Okuniewskiego na uwagi Dr. Rożkowskiego.

Szanuję każdą pracę polskiego badacza, a zwłaszcza wysoce cenię naukową działalność lekarza na prowincji, bowiem doskonale zdaję sobie sprawę z wielkich trudności z jakiemi musi on walczyć w swej pracy naukowej. To też dokładnie omawiam dwie prace, o których wspomina dr. Rożkowski, w opracowywanej obecnie przeze mnie monografji o tetnicy głównej, w rozdziale o fizykalnem badaniu aorty. Natomiast w moim przyczynku, o którym wspomina dr. Rożkowski, nie powołuję się na artykuł dra Rożkowskiego z następujących względów:

1. Praca (pierwsza) dra R. ukazała się w połowie 1926 r., t. j. wtedy, gdy właściwie ukończyłem już moje badania, które prowadziłem od połowy 1924 do lata 1926, a na jesieni opracowałem tylko zebrany materjał i zgłosiłem mój referat do Warsz. Tow. Lek. Druga praca Dra Rożkowskiego ukazała się dopiero w maju r. bież.

2. Artykuł mój (P. Gaz. Lek. Nr. 43, 1927) stanowi — jak zaznaczono w odnośniku — skrót referatu, a więc z konieczności musiały być w nim pominięte liczne nazwiska autorów polskich i obcych, pozostały zaś uwzględnione tylko nazwiska autorów (i to naturalnie, nie wszystkich), których prace bezpośrednio wiążą się z omawianym przeze mnie tematem. Praca zaś dra Rożkowskiego nie znajduje się w tak ścisłym związku, nie zachodziła więc potrzeba umieszczania jej tylko dlatego, że się właśnie niedawno ukazała.

W moim artykule poruszałem przedewszystkiem tło, na którem może powstawać rozszerzenie tętnicy głównej, zwracałem uwagę na przypadki nietypowe, analizowałem ciśnienie tętnicze i stosunek jego do wieku, wreszcie zatrzymałem się obszerniej na przyczynach cierpienia. Ale nie pisałem o technice badania fizykalnego (sam zresztą oddawna opukuję aortę również i na rękojeści mostka) lub rentgenologicznego, w którem posługiwałem się dla lepszego uwidocznienia aorty paroma dodatkowemi szczegółami technicznemi, o czem zresztą wcale w mej pracy nie wspominam — nie było więc zasady przytaczania pracy dra Rożkowskiego.

Niestety, i ja z prawdziwą przykrością stwierdzam, że Autor tak zasłużony, jak dr. Rożkowski, w podobny sposób interpretuje pracę z zakresu, w którym sam pracuje: czytelnik, który nie czytał mojego artykułu w P. G. L., na podstawie słów dra Rożkowskiego dowiaduję się, iż ja dochodzę do wniosku, że w rozszerzeniu tętnicy głównej" najczęściej niema wyraźniejszych objawów przedmiotowych, że wyniki są nikłe lub wątpliwe, wypukowo tętnica zazwyczaj niepowiększona w prawo, i że jedynie drogą badania rentgenologicznego można wykryć rozszerzenie naczynia. „Doprawdy, nie wiem, w jaki sposób przyszedł dr. R. do tych jakoby, moich wniosków"! Któż chce burzyć podstawowe, ogólnie uznane sposoby badania i rozpoznawania rozszerzenia wzgl. tętniaków aorty? Przecież zaznaczam w mym przyczynku, że z obfitego materjału mego usunąłem przypadki z wyraźnemi obrazami zmian aorty, związanemi z kiłą, miażdżycą, ze zwężeniem ujścia tętniczego lub z niedomykalnością zastawek aorty, a wybrałem właśnie przypadki nietypowe, w których poza szmerami inne objawy charakterystyczne nie były wyraźnie zaznaczone i dopiero trzeba było dłuższych spostrzeżeń, aby potwierdzić rozpoznanie. To też na podstawie tych nietypowych przypadków (54 — a jak zaznaczyłem, mogłem ich zebrać więcej) wyprowadziłem moje 4 wnioski, a w jednym z nich wyraziłem się: „zmiany przedmiotowe mogą niekiedy[1]) występować bez znaczniejszych objawów podmiotowych, i naodwrót — dowody przedmiotowe, uzyskiwane drogą zwykłych badań (wypuk tętnicy, wysłuch tonów serca) mogą być nikłe lub wątpliwe, tak, iż jedynie drogą dokładnego rentgenologicznego zbadania tętnicy głównej można wykazać istotne zmiany chorobowe naczynia". Otóż, z oględnie wyrażonych słów „mogą niekiedy" czyni dr. Rożkowski „najczęściej niema", a z „mogą być" — „są": z wyjątków robi się prawidło, a uogólnia się objawy, spostrzegane właśnie w przypadkach nietypowych.

Nad zarzutem „pomijania i lekceważenia prac swojskich" nie będę się zatrzymywał: bezstronny czytelnik sam osądzi, czy zarzut ten jest słuszny, skoro w mym przyczynku nie tylko cytuję, ale omawiam prace i spostrzeżenia Gluzińskiego, Pawińskiego i innych, które są w związku z poruszonym przez mnie tematem.

Sterling-Okuniewski.

[1]) Wszystkie te podkreślenia poczynione są obecnie przeze mnie.

SPRAWOZDANIA Z KAZUISTYKI I SPOSOBÓW LECZENIA.

Dr. Adam PAPEE. Kraków.

Kilka uwag o wynicowaniu macicy podczas porodu.

Z oddziału położniczego i chorób kobiecych szpitala św. Łazarza w Krakowie. Prymarjusz: Doc. Dr. J. Zubrzycki.

Wynicowanie macicy w połogu lub w trzecim okresie porodu, należy do powikłań chorobowych stosunkowo rzadkich, chociaż jak odnośne piśmiennictwo poucza, ten właśnie rodzaj wynicowania macicy w porównaniu z innemi wydarza się stosunkowo najczęściej (Mestre). Na ogół trudno obliczyć odsetek przeciętny tych przypadków w stosunku do prawidłowych porodów, dane bowiem statystyczne nie rzadko jak to w tych razach bywa, różnią się znacznie od siebie. Dla przeglądu przytaczam niektóre z nich. W klinikach wiedeńskich w latach od 1849 do 1878 na 25.000 porodów nie spostrzegano żadnego przypadku wynicowania macicy (Braun). W klinikach petersburskich w latach od 1840 do 1911 na 27.000 porodów notują tylko dwa przypadki wynicowania, a w zestawieniu

z Tryjestu i okolicy w czasie od roku 1885 do 1914 spostrzegano na 173.084 porody i poronienia, pięć wynicowań macicy (Welponer), wreszcie w klinice berneńskiej na 39.216 porodów opisano sześć wynicowań macicy (Riedinger). Opierając się na całym szeregu odnośnych danych oblicza Zangenmeister stosunek wynicowań do ogólnej liczby porodów na 1:400.000, Ahlfeld zaś na 1:100.000. Bądź co bądź bez względu na to czy wynicowania częściej czy rzadziej się spotyka, nie ulega wątpliwości, jak to z przytoczonych cyfr rzuca się w oczy, rzadkość omawianego schorzenia oraz nie dająca się podać liczbowo jego przypadkowość. To biorąc pod uwagę postanowiłem opisać i podać do wiadomości przypadek wynicowania macicy, powstały w czasie porodu, a spostrzegany na oddziele położniczym i chorób kobiecych szpit. św. Łazarza w Krakowie. Poniżej przytoczony krótki wyciąg z historji choroby, da o nim w przybliżeniu wyobrażenie.

Chora F. J. lat 23, zam. l. dz. 8306/486 przywieziona na oddział 3. VIII. 1924 nie rodziła, nie roniła. Dnia 1. VIII. 1924 odbyła nocą na wsi, w domu pierwszy swój poród prawidłowo. Asystująca przy porodzie akuszerka, chcąc usunąć łożysko pociągała za pępowinę i wydobyła je rzeczywiście lecz wynicowała przy tem macicę, krwawienie było dość silne, rano dnia następnego wezwany lekarz polecił przewieść chorą do Krakowa. Z powodu jednak wylewów rzek w tym czasie, chora przybyła na oddział dopiero na trzeci dzień po porodzie. Przy badaniach znaleziono u osoby nie wykazującej żadnych cech niedorozwoju, pęknięcie świeże krocza drugiego stopnia, a z pochwy wystający guz wielkości trzech pięści o barwie wiśniowo szarej, cuchnący, pokryty miejscami szaremi nalotami. Na szczycie guza powierzchnia nie równa, jako ślad przyczepu łożyska. Przy badaniu oburęcznem stwierdzono nad spojeniem brak oporu trzonu, a natomiast obecność lejka, z jakim się przy wynicowaniu zawsze spotykamy. Ciepłota 38.8, powłoki blade, tętno 140 uderzeń na minutę, słabo napięte.

Rozpoznano wynicowanie macicy zupełne z częściowem obumarciem jej ściany u osoby niedokrewnej z objawami zakażenia połogowego.

Wobec tego postanowiono macicę usunąć i w tym celu cięciem w linji środkowej otwarto jamę brzuszną. W miejscu macicy znaleziono lejek, a we wnętrzu jego jajniki i domaciczne końce więzadeł. Podwiązano więzadła i tkankę okołomaciczną wraz z naczyniami krwionośnemi, a potem odcięto macicę. Oddzieloną macicę wydobyto na zewnątrz, nie przez powłoki brzuszne, lecz przez pochwę, a to celem uniknięcia przeciągania przez czyste pole operacyjne, zakażonego i rozpadającego się z powodu częściowego obumarcia tkanek trzonu macicy. Jajniki pozostawiono i brzegi otrzewnej pokrywającej pęcherz i prostnicę zeszyto ze sobą, ponad sączkiem z gazy, który wyprowadzono przez pochwę, następnie założono gazę także i do jamy otrzewnej i wyprowadzono ją przez powłoki brzuszne. Sączkowano w ten sposób osobno tkankę łączną miednicy, a osobno, jamę trzewną. Wycięty guz miał szesnaście cm długości, a cztery cm grubości pojedyńczej ściany. Miejscami obumarcie ścian było tak daleko posunięte, że się kruszyły wprost pod palcami. Przebieg pooperacyjny bez powikłań. Chora opuściła szpital zupełnie wyleczona.

Jak z powyższego wynika, mieliśmy tu do czynienia z całkowitem wynicowaniem macicy, połączonem z częściowem obumarciem jej ściany.

Rozpatrując odnośne piśmiennictwo omawiające przyczyny wynicowania macicy, musimy dojść do wniosku, że ta sprawa do dziś dnia nie jest należycie wyświetloną. Dążenia do rozstrzygnięcia tego pytania widzimy na każdym kroku i w każdej pracy dotyczącej poruszonego tematu w ten lub inny sposób dany autor stara się sprawę wyjaśnić. W tym celu Zangenmeister rozpatrywał częstość występowania tego schorzenia u pierwiastek i u wieloródek i stwierdził ją 1 na 400.000 u pierwiastek, a 1 na 600.000 u wieloródek. Usiłował on ten fakt wyzyskać w kierunku wyświetlenia przyczyny omawianego powikłania, zwłaszcza, że równocześnie wykazał Beckmann iż na 89 przypadków wynicowania macicy, 46 było u pierwiastek i to przeważnie młodych, a reszta u wieloródek. Z temby się nie zgadzało zapatrywanie Sellheima, który twierdzi, że do powstania uszkodzeń związanych z porodem, usposabia przesunięcie okresu pierwszego porodu, z optimum za który uważa rok 18—20, na lata późniejsze. To znów znajdowałoby uzasadnienie w twierdzeniu Jaschkego, że stare pierwiastki są w czasie porodu narażone bardziej na ciężkie obrażenia niż młode. Zdaniem jego są one w tem podobne do typu kobiet niedorozwiniętych, bo mają części rodne miękkie mniej podatne niż normalnie.

Na ogół rzecz biorąc przeważna część autorów zgadza się z tem, że wynicowanie macicy ze względu na jego pochodzenie, podzielić można zasadniczo na dwie grupy.

I. Do pierwszej zaliczyć należy przypadki wynicowań, które powstają zupełnie przypadkowo bez współdziałania sprzyjających warunków, wskutek brutalnej siły np. wskutek nieumiejętnie oraz w nieodpowiednim czasie użytego nieraz niepotrzebnie rękoczynu.

II. Do drugiej zaś przypadki wynicowań, które powstają na skutek obecności czynnika usposabiającego do ich wystąpienia. Te, rzecz jasna, przydarzają się naogół częściej i powstawać mogą już nawet pod wpływem nieznacznego usposobienia, lecz tylko u pewnego rodzaju kobiet.

Naogół w nowszych czasach na tę ostatnio wspomnianą sprawę przy roztrząsaniu pochodzenia omawianego powikłania porodu coraz częściej zwraca się uwagę i dlatego ze względu na doniosłość samego pytania pozwolę sobie nieco dłużej nad nią się zastanowić. Bliższe zwracanie uwagi na to zjawisko doprowadziło do wysnucia wniosku, że kobiety będące do pewnego stopnia więcej narażone na wynicowanie macicy posiadają wspólne cechy, pozwalające zaliczyć je do jednej grupy. Rozpatrując ten rodzaj kobiet z punktu widzenia konstytucji ogólnej, dochodzimy do wniosku, że są to kobiety o typie astenicznym (Aschner) i kobiety (Jaschke, Graff) o słabych cechach konstytucji wrodzonej w odniesieniu do narządów rodnych (III typ podziału Rosnera).

U wszystkich tych kobiet spotykamy się z niektóremi z warunków, które ułatwiają powstanie wynicowania macicy, a niemi mogą być:

1. Słaby rozwój mięsnej ściany macicy;
2. wady rozwojowe macicy, które częstokroć są połączone z niedomaganiami mięśnia macicy;
3. nienależyte zamykanie się szyjki macicy zaraz po porodzie (Aschner);
4. upośledzenie kurczenia się mięśnia macicznego.

Są to wszystko sprawy będące w związku z danym rodzajem konstytucji kobiety, a stwarzające odpowiednie momenty i warunki do występowania omawianego powikłania porodu.

Poza tem istnieje cały szereg spraw, które z konstytucją danej osoby nie mają nic do czynienia, a również moga usposabiać do wystąpienia wynicowania macicy. Do nich zaliczamy:

1. nadmierne rozciągnięcie ściany macicy (ciąża mnoga, nadmierne nagromadzenie się wód płodowych);
2. zwiotczenie ściany macicy na skutek szybko po sobie postępujących porodów (Schmidt i Weissenberg).
3. schorzenie nerwów, zaopatrujących utkanie macicy;
4. wysoko sięgające rozdarcie szyjki macicy (Jeannin);
5. w pewnych razach mięśniaki pośluzowo rozwinięte;
6. nadmiernie szybkie opróżniene macicy;
7. zwyrodnienie mięśnia macicznego (Schmidt);
8. w niektórych razach usadowienie łożyska w dnie macicy (Evans).

Przy istniejącej skłonności może nastąpić wynicowanie już nawet na skutek urazu niezmiernie małego. Zależy to rzecz prosta, od wielkości, sumy i nasilenia sprzyjających warunków. Zangenmeister oblicza naogół stosunek wynicowań samoistnych lub powiedzmy inaczej niezawinionych do zawinionych, jak 1,39 do 2, podczas gdy Beckmann twierdzi, że wynicowania niezawinione są częstsze. Z bezpośrednich przyczyn powodujących wynicowanie macicy i to tak przy istniejącem usposobieniu, jak i bez niego, najczęstszy jest niewłaściwy sposób wygniatania łożyska przy zwiotczałej macicy lub pociąganie za pępowinę przy nieodklejonem łożysku, ten ostatni moment ma też miejsce przy porodzie ulicznym (Braun), kaszlu (Funke), krzyku i parciu na stolec.

Zastanowimy się teraz pokrótce nad samym mechanizmem wynicowania macicy. Część autorów (Beckmann, Torres) zgadza się z tem, że macica może się wynicować wówczas gdy cały trzon a przynajmniej okolica dna jest cieńsza i bardziej wiotka od otoczenia, wtedy ucisk lub pociąganie wtłacza lub wciąga tę część ściany nie będącą w skurczu do jej wnętrza. Do wytworzenia jednak zupełnego wynicowania potrzebna jest wiotkość pierścienia skurczowego, oraz szyjki macicy. Przy zwiotczeniu jedynie miejsca przyczepu łożyska może przyjść do mniejszego lub większego wpuklenia ściany macicy, nigdy zaś do jej wynicowania. Sam ostateczny mechanizm wynicowania macicy przedstawia się tak, że pod wpływem ciśnienia wewnątrz lub pociągania od zewnątrz na dno macicy działającego, przy zespole sprzyjających warunków, to ostatnie obniża się i wpukla do światła macicy, a w przypadkach gdzie kanał szyi nie miał jeszcze czasu na zamknięcie lub też z innych jakichś przyczyn zamknąć się nie mógł, przy zwiotczeniu biernego odcinka macicznego, trzon przedostaje się do światła, typowo się wynicowując.

Zależnie od tego, jak głęboko dno macicy zstąpiło ku dołowi w stosunku do bocznych ścian macicy i pochwy, będziemy rozróżniali:

a) wgłobienie t. j. wpuklenie do środka, najczęstsze, zazwyczaj powstające w przerwie międzybólowej, a wygładzające się przy następnym bolu,

b) wynicowanie niezupełne, gdzie ściana wewnętrzna macicy schodzi ku dołowi, dnem sięgając wysokości ujścia wewnętrz-

nego szyi. Ten rodzaj wynicowania już nie może się cofnąć samoistnie,

c) wynicowanie zupełne, gdy dno macicy przedostaje się jeszcze niżej do światła szyjki i pochwy,

d) wreszcie wynicowanie z wypadnięciem, gdzie macica leży przed szparą sromową. Wtedy to widocznem jest, o ile nie odklejone łożysko, a w przeciwnym razie ślady jego uczepienia i ujścia domaciczne jajowodów.

Wynicowanie macicy jest połączone z dużą utratą krwi, przy wynicowaniu ostrem obliczono utratę krwi na 500—600 ccm, lecz to tylko w tych przypadkach gdzie łożysko się już odkleiło, przy uczepionem bowiem łożysku może krwawienia zupełnie nie być. Niebezpieczeństwo leży w obawie zakażenia i obumarcia wynicowanej części ściany macicy. Na macicy wynicowanej do pochwy mogą się tworzyć owrzodzenia i przyjść następowo do zrostów ze ścianą pochwy.

Leczenie należyte w wielu przypadkach zapobiega dalszym powikłaniom i wynicowanie pozostaje bez groźnych skutków na przyszłość. Mimo nawet długotrwałego wynicowania spostrzegano po wyleczeniu ciążę prawidłową. O takich przypadkach wspomina H a t s c h, gdzie wynicowanie trwało dziesięć miesięcy i M e i n g s gdzie trwało cztery lata. T e u f i k po wynicowaniu trwającem dwa miesiące a odprowadzonem sposobem K u s t n e r a spostrzegał po trzech i pół latach ciążę i poród czasowy, B o r n w pięć lat po odnicowaniu również poród czasowy, N e u g e b a u e r zestawił z piśmiennictwa dziesięć przypadków, gdzie chore po odprowadzeniu wynicowanej macicy, zachodziły w ciążę i rodziły, a ostatnio M i l ä n d e r wspomina o trzech przypadkach zajścia w ciążę i porodu po odprowadzeniu wynicowanej macicy drogą krwawą.

A teraz z kolei kilka słów o leczeniu wynicowania macicy: zależy tu wiele od warunków z jakiemi mamy w danym przypadku do czynienia, od stanu chorej i od stopnia wynicowania. W zasadzie dzielimy sposoby odprowadzania wynicowań na krwawe i bezkrwawe. W przypadku świeżym należy spróbować odnicować znanym powszechnie sposobem przy pomocy tamponady lub też kolpeurentera, wreszcie ręcznie, przyczem musimy pamiętać o tem, żeby cofać rękę powoli i przy odkurczonej macicy, gdyż inaczej może przyjść z powrotem do wynicowania w momencie cofania ręki. Dopiero gdy te sposoby zawiodą należy przystąpić do odnicowania macicy sposobem krwawym. Możemy do tego dążyć różnemi drogami t. j. drogą pochwową przez nacięcie ściany przedniej (K e h r e r, Q u i, S p i n e l l i) lub ściany tylnej (K u s t n e r, W e s t e r m a r c k, B o r e l i u s, C z y ż e w i c z) oraz drogą brzuszną (B o s y d, T h o m a s).

Przy stanach zapalnych i owrzodzeniach na powierzchni wypadniętej macicy a tem bardziej w przypadkach obumarcia guza z powodu zaburzeń w krążeniu, jak to miało miejsce w naszym przypadku, dalej przy objawach grożącego, zaczynającego się, lub daleko posuniętego zakażenia (również nasz przypadek) niema mowy o mniej lub więcej zachowawczej metodzie postępowania. W tych razach usunięcie macicy jest konieczne (K ü s t n e r). Dalszem wskazaniem do wyjęcia macicy jest nie dające się niczem opanować krwawienie przy zwiotczeniu mięśnia macicy. W tych razach w których zachodzi konieczność usunięcia macicy należy rozstrzygnąć czy operować przez pochwę czy drogą brzuszną. W przypadku niedużego guza, gdy ten nie stwarza przeszkód do operacji i braku objawów obumarcia tkanek oraz objawów daleko posuniętego zakażenia, można dysputować, czy ta czy inna droga lepsza, lecz w przypadkach gdzie ściana macicy obumarła rozchodzi się wprost pod palcami, macica sama z powodu swej wielkości stanowi przeszkodę dla zabiegu pochwowego, za bardziej uzasadnione wydaje mi się postępowanie zastosowane w naszym przypadku, to znaczy, odcięcie macicy drogą brzuszną a wyjęcie jej przez pochwę.

Zabieg taki będzie technicznie łatwiejszy, do przeprowadzenia szybszy i da ze względu na warunki czystości zabiegu lepsze wyniki niż zabieg pochwowy, przy którym musielibyśmy w środowisku zakażonem rozkawałkowywać macicę, celem uprzystępnienia sobie czystego pola operacyjnego.

Piśmiennictwo.

A s c h n e r: Die Konstitution der Frau. — A l s b e r g: Zeitschr. f. ärztl. Fortbild 1914. — B o r n: Zbl. f. Gyn. 1907. — B o r e l i u s: Zbl. f. Gyn. 1899. — B e c k m a n n: Zbl. f. Gyn. 1894, Zbl. f. Gyn. 1914. — B r a u n F e r n w a l d: Winckel Handbuch f. Gyn. 1906 III. — C z y ż e w i c z: Gin. pol. 1925. — D y h r e n f u r t h: Zbl. f. Gyn. 1885. — E v a n s: Surg. gynecol. a obstetr. 1923. — H i l l m a n n: Monatschr. f. Gyn. 1922. — J e a n n i n: Progres. med. 1924. — J o n a s: Zbl. f. Gyn. 1913. — J a s c h k e: Zbl. f. Gyn. 1915. — K e h r e r: Zbl. f. Gyn. 1886. — Kongress in Heidelberg. Archiv. f. Gyn. B. 102. — M e s t r e: Semen. med. 1925. — M i l ä n d e r: Zbl. f. Gyn. 1927. — N e u g e b a u e r: Zbl. f. Gyn. 1913. — R e m m e l t z: Zbl. f. Gyn. 1926. — R i e d i n g e r: Zbl. f. Gyn. 1921. — S e l l h e i m: Zbl. f. soz. Med. 1909. — S c h i d t: Halban Seitz H. d. Biolog. u. Path. d. Weibes VIII. B. — T e u f i k: Zbl. f. Gyn. 1922. — T o r r e s: Rev. espan. de obst. y gyn. 1918. — W e l p o n e r: Zbl. f. Gyn. 1918. — W o j n i c z: Gaz. lek. 1921. — Z a n g e n m e i s t e r: M. med. Wochschr. 1913.

MEDYCYNA SPOŁECZNA.

Dr. H. REITEROWSKI. Łódź.

Rola Kas Chorych w walce z gruźlicą.

Sprawa roli Kas Chorych w społecznej walce z gruźlicą, omawiana na drugim zjeździe przeciwgruźliczym we Lwowie w 1926 roku przez Dr. S. Sterlinga i Dra Seidla, nie wywołała żywszej dyskusji; zarysowały się jedynie dwa ogólne prądy, mianowicie: jeden odłam lekarzy uzasadniał konieczność całkowitego samoistnego zorganizowania przez Kasę Chorych walki z gruźlicą wśród ubezpieczonych, drugi odłam wyznaczał Kasom rolę mniej aktywną i przekonywał o racjonalności oparcia walki z gruźlicą na działalności społecznych towarzystw przeciwgruźliczych, zarządów komunalnych i samorządów powiatowych. Uchwały zjazdu zapadły zgodnie na ogół z poglądami zwolenników kierunku drugiego. Omawiana sprawa nie wywołała dotąd dyskusji na łamach pism społeczno-lekarskich; jedynie sprawozdawca Czasopisma Lekarskiego wątpi, czy uchwalenie wniosku, że Kasy Chorych winne się obecnie zająć przedewszystkiem bezpośrednim obowiązkiem, t. j. udoskonaleniem lecznictwa, nie wpłynie ujemnie na akcję przeciwgruźliczą, zwłaszcza, że i dotąd Kasy Chorych nie miały dążności do szczerej akcji na tem polu. Fakt istnienia dwustu dwudziestu Kas Chorych w Polsce, obracających kapitałem stu dwudziestu miljonów złotych rocznie, musiał sprowadzić kierowników Kas Chorych na zagadnienie walki z gruźlicą, czego dowodem jest zjazd przedstawicieli Kas Chorych w Krakowie w lutym roku bieżącego i projektowany zjazd przedstawicieli Towarzystw Przeciwgruźliczych i Kas Chorych w Warszawie.

Celem krytycznego omówienia tego wielkiego zagadnienia, zacznijmy od stwierdzenia, w czyich rękach znajduje się akcja przeciwgruźlicza w innych państwach; wprawdzie w prawodawstwie przeciwgruźliczem widzimy znaczną różnorodność, jednakże stwierdzić możemy, że w jednej grupie państw walka z gruźlicą ma charakter rządowy, a inicjatywa pozarządowa schodzi na plan drugi; w drugiej grupie — instytucje państwowe, komunalne i prywatne biorą w akcji zwalczania gruźlicy mniej więcej równomierny udział w trzeciej zaś, inicjatywa prywatna wysuwa się na plan pierwszy. Do grupy pierwszej należą: Jugosławja, Szwecja, Norwegja i Danja. Do najbardziej upaństwowionych należy akcja Jugosławji; utrzymanie trzydziestu dwuch wzorowych przychodni przeciwgruźliczych, zorganizowanych do roku 1926, leży wyłącznie na barkach państwa. W Szwecji koszty przychodni, istniejących niemal we wszystkich prowincjach, pokrywa w $^{2}/_{3}$ państwo wspólnie z Ligą Narodową do walki z gruźlicą. W Danji państwo jest obowiązane ponosić koszty budowy zakładów leczniczych dla chorych gruźliczych, oraz ponosić $^{3}/_{4}$ kosztów leczenia niezamożnych; $^{1}/_{4}$ pokrywa gmina. Do drugiej grupy należą: Japonja, Anglja, Stany Zjednoczone, Włochy, Francja i inne państwa, w których koszty walki z gruźlicą ponoszą gminy i państwo, a inicjatywa walki z gruźlicą pochodzi zarówno od organizacji społecznych, jak i od państwa. Do trzeciej należą: Polska i Niemcy. Rozpatrując sprawozdania roczne Niemieckiego Towarzystwa do walki z gruźlicą stwierdzić możemy, że prawie 99% poradni przeciwgruźliczych powstało z inicjatywy organizacji prywatno-społecznych, magistratów, wydziałów powiatowych, Czerwonego Krzyża, prywatnych jednostek, niewielka ilość poradni powstała kosztem urzędów państwowych, zaledwie jedna jedyna poradnia przy wspólnym dziale Kasy Chorych i Patrjotycznego Stowarzyszenia Kobiet; podobny stosunek spostrzegamy, gdy przeglądamy spis właścicieli publicznych sanatorjów dla gruźlików. W Polsce od początku rozwoju ruchu przeciwgruźliczego przeważała inicjatywa prywatna; pierwsza przychodnia przeciwgruźlicza powstała we Lwowie w 1908 roku, zawdzięczając wysiłkom i ofiarnej pracy Dra T. Janiszewskiego i prof. A. Głuzińskiego; druga w 1909 roku, założona w Warszawie przez ś. p. prof. A. Sokołowskiego; trzecia w 1910 roku, założona przez Dra S. Sterlinga w Łodzi. Równocześnie, zawdzięczając wysiłkom ofiarnych jednostek, tworzą się towarzystwa przeciwgruźlicze. Jednakże, dopiero z chwilą odzyskania niepodległości, akcja społeczna przeciwgruźlicza zatacza w Polsce coraz szersze koła, nie przestając być przeważnie akcją towarzystw prywatno-społecznych, instytucji komunalnych, samorządów powiatowych, a w mniejszym stopniu — państwa i urzędów państwowych. Udział Kas Chorych w walkach zapobiegawczych z gruźlicą, jeżeli pominąć odosabnianie chorych z otwartą gruźlicą na czas pewien w szpitalach, jest dotychczas nieznaczny; w każdym razie,

tylko pośredni i niewspółmierny z kapitałami otrzymywanemi ze składek. Kasy wprawdzie wydają znaczne sumy na leczenie gruźlików; tak n. p. Kasa warszawska w 1926 roku obsadza swoimi chorymi 600 łóżek w trzynastu sanatorjach; Kasa sosnowiecka wydaje na ten cel blisko 300.000 złotych: Kasa łódzka wydaje około 2,000.000 rocznie na chorych gruźliczych, włączając w to zasiłki, urlopy; przystępuje do rozbudowy szeregu sanatorjów na terytorjum Tuszynka pod Łodzią. Lecz przeważną część wydatków pochłaniają leczenia ambulatoryjne i zasiłki wydawane gruźlikom. Przychodnie własne w 1926 roku posiadało 8% Kas Chorych, 20% Kas przysyłało chorych do Przychodni Towarzystw do walki z gruźlicą; sanatorjów posiadały w 1926 roku w całej Polsce tylko siedem. Przeglądając sprawozdania Kasowe przytoczone przez Dra Seidla na zjeździe przeciwgruźliczym w 1926 roku, możemy przyjść do wniosku, że Kasy Chorych udziału wybitnie w walce czynnej nie biorą, a lecznictwo chorych gruźliczych organizują albo siłami własnemi, albo przekazują chorych poradniom Towarzystw przeciwgruźliczych. Brak dotąd pomyślanego planu i konsekwentnego wprowadzania planu w życie. Brak bezpośredniego udziału Kas Chorych w zwalczaniu gruźlicy jest niezbyt dotkliwy w Niemczech, które w 1927 roku posiadały dwa tysiące opiekuństw nad gruźlikami, 192 sanatorjów dla dorosłych z 20.426 łóżkami, 342 sanatorja dla dzieci z 29.314 łóżkami, 30 domów dla ozdrowieńców z 1343 łóżkami, 158 stacyj leśnych, 32 szkoły leśne, 476 szpitali i oddziałów szpitali dla gruźlicy. W Polsce, gdzie akcja przeciwgruźlicza została zapoczątkowana dopiero w latach ostatnich, abstynencja Kas Chorych, zwłaszcza Kas zamożnych, daje się poważnie odczuwać. Argument, że sprawą tą powinny się zajmować zakłady ubezpieczenia inwalidzkiego, jest słuszne tylko częściowo, gdyż gruźlik zanim dojdzie do stanu stałej niezdolności do pracy, nawet po wprowadzeniu ustawy o inwalidztwie, będzie należeć do członków Kasy; wobec tego Kasa Chorych powinna otoczyć gruźlika fachową opieką we własnym interesie, t. j. w celu zmniejszenia wydatków, związanych z leczeniem, zasiłkami i ilością nowych chorych, których przysporzy gruźlik ze swego otoczenia. Uspakajanie się myślą, że w razie stwierdzenia u gruźlika stałej niezdolności do pracy, przejdzie on do Ubezpieczalni na wypadek inwalidztwa a Kasa Chorych pozbędzie się ciężarów finansowych, nie jest słuszne, ponieważ w ubezpieczalni gruźlik również korzystać będzie z pieniędzy społecznych. Wniosek stąd jasny, że Kasy Chorych winny wziąć czynniejszy udział w lecznictwie dla gruźlików i w akcji zwalczania gruźlicy. Podług mego zdania Kasy mają trzy drogi:

1. Kasy Chorych po porozumieniu się z istniejącemi przychodniami towarzystw przeciwgruźliczych, lub instytucji komunalnych leczenie i walkę zapobiegawczą z gruźlicą wśród ubezpieczonych w Kasach Chorych przekażą wspomnianym przychodniom;
2. Kasy Chorych samodzielnie zorganizują i leczenie i całą walkę zapobiegawczą z gruźlicą;
i 3. Kasy Chorych zorganizują ścisłą współpracę z poradniami przeciwgruźliczemi, opartą na podziale czynności z jednej strony rozpoznawczo-leczniczej a z drugiej — zapobiegawczej.

Rozpatrzmy każdą z tych możliwości. Przekazanie poradniom leczenia gruźlików i walki zapobiegawczej z gruźlicą ma tę dodatnią stronę, że członkowie Kasy Chorych, chorzy na gruźlicę, po zawarciu odpowiedniego finansowego porozumienia, korzystaliby z pomocy lekarskiej w instytucjach odpowiednio urządzonych i jednocześnie przychodnie społeczne otoczyłyby należytą opieką mieszkanie chorego, w razie gruźlicy otwartej, zaraźliwej; przychodnie, korzystając z wydatnej pomocy finansowej Kasy Chorych, mogłyby rozwinąć działalność intensywniejszą. Liczyć się jednak należy poważnie z niedogodnemi stronami takiego rozwiązania. Przedewszystkiem, przychodnie towarzystw przeciwgruźliczych, czy też instytucyj samorządowych, musiałyby zmienić swój dotychczasowy system, i oprócz rozpoznawania, zapobiegania gruźlicy, zmuszone byłyby stosować leczenie, nietylko podstawowe, lecz i objawowe, w zakresie znacznie szerszym, niż obecnie. Rozgraniczenie tych czynności, zwłaszcza rozpoznawania, leczenia i obserwacji, — dla chorych kasowych, przyzwyczajonych do otrzymywania pomocy natychmiastowej, byłoby zbyt uciążliwe. W razie całkowitego przekazania chorych gruźlików poradniom, niezależnym od Kas Chorych, Kasy z roli czynnika aktywnego i twórczego przejść by musiały do roli biernego płatnika składek. Takie stanowisko mija się z obowiązkami Kas Chorych, które, zgodnie z ustawą, powinny nietylko leczyć, lecz i zapobiegać chorobom. Rola czynna Kas Chorych, jest niezbędna szczególnie na ziemiach byłej Kongresówki i na Kresach Wschodnich, gdzie lecznictwo społeczne i akcja zapobiegawcza znajdują się zaledwie w okresie organizacyjnym. Zgodnie z powyższemi przesłankami wypłynąłby wniosek, że Kasy Chorych winne samodzielnie zorganizować lecznictwo i akcję zapobiegawczą przeciwgruźliczą. Rozważmy obecnie, czy to jest możliwe w jakich rozmiarach i dla jakich Kas Chorych?

Niewątpliwie, Kasy liczące poniżej 5.000 członków a posiadające znaczny odsetek zarabiających mało, nie są w stanie dać chorym więcej ponad 60% zasiłku, lekarza i lekarstw; udział tych Kas z braku funduszów będzie bardzo nieznaczny; mogą one zaledwie pewien odsetek swoich wpływów przeznaczyć na subsydjowanie poradni przeciwgruźliczych, towarzystw społecznych, lub samorządów, w tych miejscowościach gdzie takie poradnie już istnieją.

Małe Kasy nie powinny się ograniczać do tej roli, lecz powinny w tych miejscowościach, gdzie niema poradni, wystąpić z inicjatywą stworzenia ośrodków przeciwgruźliczych. Kasy większe, posiadające od 5.000 do 20.000 członków, jako zasobniejsze, powinny przeznaczyć poważniejsze sumy na zorganizowanie odrębnych gabinetów dla chorych gruźliczych, na długie leczenie szpitalne chorych poważnie niebezpiecznych dla otoczenia, jak również na leczenie sanatoryjne chorych rokujących poprawę, na subwencjonowanie poradni społecznych i na tworzenie funduszów przy Okręgowym Związku Kas Chorych, w celu wybudowania sanatorjów lub szpitali dla chorych poważniejszych. W miarę wzrostu ilości ubezpieczonych i zwiększania się funduszów Kas Chorych, rola Kas Chorych w walce z gruźlicą powinna być wydatniejszą i szerszą. Ze sprawozdań Kas Chorych Warszawskiej, Łódzkiej, Lwowskiej, Krakowskiej i innych, zreferowanych przez Dra Seidla, widzimy, że Kasy te łożą poważne sumy na leczenia gruźlików ambulatoryjne, szpitalne i sanatoryjne. Jedne Kasy, naprzykład Lwowska i Warszawska, przekazują swych gruźliczych poradniom społecznym, inne, naprzykład Łódzka, zadawalnia się leczeniem samodzielnem swych gruźlików, a z poradnią Magistratu m. Łodzi nie znajduje się w ścisłym kontakcie, posyła jedynie dzieci gruźlicze do przychodni Towarzystwa Opieki nad dziećmi robotniczemi.

Różnorodność pomocy dla gruźlików wypływa z braków odpowiednich wskazówek ze strony władz centralnych i zależy od indywidualnego traktowania tej sprawy ze strony władz miejscowych Kas Chorych. Sądzę jednakże, że pomoc dla gruźlików należących do Kas wielkich należałoby ująć w pełne jednolite formy. Przedewszystkiem Kasy powinny zorganizować wzorowe urządzenia w celu rozpoznawania gruźlicy i jej leczenia w specjalnie na ten cel przeznaczonych instytucjach rozpoznawczo-leczniczych; instytuty powinny posiadać aparat Roentgena, laboratorjum, niezależnie od istniejących obecnie zakładów ogólno rozpoznawczych, pokoje dla uzupełniania odmy sztucznej, stacje tuberkulinowe, stacje gruźlicy chirurgicznej, gabinet laryngologiczny i chorób skórnych, a w tych miejscowościach, gdzie kierowanie chorych do szpitala na obserwację jest utrudnione, konieczne jest utworzenie też działu obserwacyjnego.

Na możliwe zarzuty, że koszty zorganizowania instytutów rozpoznawczo-leczniczych będą niewspółmierne z wynikami, odpowiedzieć można, że wczesne a dokładne rozpoznanie gruźlicy możliwe jest często jedynie wtedy, gdy się rozporządza na miejscu całym arsenałem środków pomocniczych. Leczenia zaś gruźlicy nie można negować, szczególnie w przypadkach odpowiednich do zastosowania odmy, frenikotomji i tuberkuliny; te prawie jedyne pewne zabiegi lecznicze ambulatoryjne stosowane są u nas zbyt rzadko. Kasy Chorych mając do dyspozycji specjalistów i odpowiednie zakłady mogłyby je popularyzować i stosować masowo. Żeby nie obciążyć takich instytutów zbytnią ilością chorych, chorzy z gruźlicą li tylko anatomiczną *(tuberculosis obsoleta)* nie powinni się leczyć w zakładzie, lecz w ogólnych ambulatorjach internistycznych; tacy chorzy powinni się zgłaszać okresowo do instytutu dla kontroli.

Po wyczerpaniu zagadnienia rozpoznawania i leczenia gruźlików Kasowych, pozostaje sprawa nie mniej ważna, a mianowicie, opieka pozaszpitalna nad gruźlikami i ich mieszkaniami. O ile w sprawie zorganizowania lecznictwa gruźlicy przeznaczam Kasom główną rolę, o tyle w sprawie opieki nad gruźlikami i ich otoczeniem siłą konieczności rola Kas będzie o wiele węższa. Obecna obowiązująca ustawa o Kasach Chorych nie daje Kasom możności zorganizowania stałej opieki nad gruźlikami zagrażającymi otoczeniu, ograniczając czas świadczeń do dziesięciu miesięcy, a dla członków rodziny do trzech miesięcy. Projektowana ustawa na wypadek niezdolności do pracy przewiduje przedłużenie świadczeń, ale jedynie dla członków Kasy; członkowie rodzin nie będą korzystać z dobrodziejstw tej ustawy. Z opieki *stałej*, jakiej wymaga gruźlik i jego otoczenie, członek Kasy i członkowie rodziny ani obecnie ani w przyszłości korzystać nie mogą; nawet gdyby świadczenia zostały przedłużone aż do zgonu ubezpieczonego, poradnie kasowe byłyby bezsilne w przypadkach, gdy w jednem mieszkaniu razem z gruźlikiem Kasowym znajdowałyby się osoby nie należące do Kasy i których nie możnaby kierować do poradni kasowych bez narażania się na przekroczenie istniejących przepisów.

Wobec tych trudności ustawowych i życiowych pozostaje jedno rozwiązanie: *Kasy Chorych rozpoznają chorobę i leczą swoich członków w okresie przewidzianym przez ustawę, a opieka nad jego mieszkaniem i osobami zamieszkującemi z nim roztacza poradnia*

społeczna zarówno w czasie, gdy chory korzystać może z pomocy Kasy Chorych, jak i w czasie, gdy traci prawo do tej pomocy. Za opiekę nad gruźlikami i otoczeniem poradnie społeczne winny otrzymywać od Kas odpowiednie wynagrodzenia. Praktycznie wyobrażam sobie ścisłą współpracę Kas Chorych i poradni przeciwgruźliczych w następujący sposób: członek Kasy chory na gruźlicę, lub podejrzewający u siebie gruźlicę, zgłasza się do zakładu rozpoznawczo-leczniczego; po ustaleniu choroby i stanu zaraźliwości, Kasa zawiadamia o tem przychodnię społeczną. Poradnia wysyła do mieszkania chorego wywiadowczynię, która wypełnia na miejscu ankietę, daje wskazówki choremu i otoczeniu, zachęca do perjodycznych badań stanu swego zdrowia i albo pozostawia pod swoją opieką, albo kieruje do instytu leczniczego Kasy, zawiadamiając o swoim wniosku i dołączając odpis wywiadu. Lekarz Kasowy bierze pod uwagę warunki bytu i niemi również kieruje się przy kwalifikowaniu chorego do szpitala, a zwłaszcza przy wysyłaniu dzieci do sanatorjów, półkolonji, kolonji letnich i t. d. Przedewszystkiem wszystko dla dziecka pochodzącego ze środowiska gruźliczego, to hasło, jakie powinno kierować wszystkiemi w tym kierunku poczynaniami Kas Chorych. Po wyczerpaniu praw w Kasie Chorych, Kasa winna zawiadomić o tem poradnie, które wtedy bezpośrednio opiekują się chorym i otoczeniem chorego.

Zorganizowanie instytutów rozpoznawczo-gruźliczych, harmonijnej współpracy z poradniami przeciwgruźliczemi nie wyczerpuje obowiązku Kas Chorych w stosunku do walki z gruźlicą. Pozostaje zagadnienie nie mniej ważne, a może ważniejsze leczenie gruźlików niebezpiecznych dla otoczenia. Kasy nasze dotychczas przeważnie postępują w myśl wzorów niemieckich z przed kilkudziesięciu lat; w Kasie Chorych cieszy się opieką gruźlik w okresach początkowych i rokujących pewną i prędką poprawę; sanatorja kasowe przyjmują przeważnie chorych z tak zwaną początkową zamkniętą gruźlicą i nie wysoko gorączkującą; Kasy Chorych chcą jeszcze za życia chorego odzyskać od niego drogą składek tę sumę, jakie wyłożyły na jego leczenie; rozumowanie może słuszne, ale obliczone na krótką metę, unieszkodliwienie ogniska zarazy, jakie stanowi gruźlik niebezpieczny dla otoczenia, zapobieże zwiększaniu się chorych na gruźlicę wśród ubezpieczonych w Kasie, w daleko znaczniejszym stopniu, niż leczenie chorego z małemi zmianami szczytowemi, nie mającemi przecież najczęściej tendencji rozwojowej. W sprawie leczenia chorych gruźlików niebezpiecznych dla otoczenia zacznę od dzieci; dzieci bowiem, jak to słusznie zauważył na zjeździe przeciwgruźliczym Dr. Sterling „O ile cierpią na gruźlicę rozkładową, najłatwiej szerzą zarazki ‚przedewszystkiem na towarzyszy zabawy ‚na swe otoczenie domowe, na rodzeństwo i rodziców. W żadnym bowiem wieku człowiek nie styka się tak blisko z bliźnimi jak w wieku dziecięcym. Leczenie takich dzieci, odosobnienie ich aż do czasu podgojena się choroby jest zadanem ważnem". Wypływa stąd wniosek uchwalony przez drugi zjazd przeciwgruźliczy: „Kasy Chorych powinny leczyć wszystkie dzieci z gruźlicą płuc otwartą lub względnie otwartą w szpitalach miejskich lub zamiejskich". Z przyjemnością skonstatować należy, że Kasa Chorych m. Łodzi postępuje w myśl tych wskazań; wybudowała pierwszy pawilon w Tuszynku pod Łodzią dla dzieci i zarezerwowała 30 miejsc na stałe w szpitalu w Łagiewnikach dla dzieci z gruźlicą otwartą, postępującą, lub względnie otwartą. Po wyczerpaniu praw w Kasie Chorych dzieci gruźlicze powinny się nadal leczyć na rachunek miasta. Po zapewnieniu dzieciom z otwartą gruźlicą miejsc w szpitalach, Kasy Chorych winny zaopiekować się dorosłymi gruźlikami niebezpiecznymi dla otoczenia, w tym celu samodzielnie lub łącznie z samorządami winny budować ludowe nieluksusowe szpitale dla chorych z *phthisis incipiens progrediens; declarata stationaris; progrediens, regrediens i consumptiva*. Łączę rozmyślnie te kategorje chorych, gdyż wyodrębnienie nieuleczalnych i uleczalnych chorych w odrębnych gmachach stworzyłoby znów typ szpitali „umieralni", do którychby pójść nie chciał żaden z chorych zaawansowanych. Optymizm chorego gruźlika nie zostanie zbytnio zachwiany, gdy się dowie, że leżący w sałce sąsiedniej chory umarł, a optymizm ciężej chorego spotęguje się, gdy sąsiad poprawia się i rokuje powrót do pracy. Punktem ciężkości w podobnych szpitalach jest nieobecność chorych uleczalnych i nieuleczalnych, lecz kwestja urządzania małych sal i wzorowej opieki w pielęgniarstwie. Kasy powinny pamiętać, że szpitale dla gruźlików powinny posiadać nie tylko fachową opiekę lekarską, lecz i idealny personal pomocniczy. Lekko chorzy z *phtisis incipiens, stationaris* czy *regrediens*, nie powinni korzystać z leczenia sanatoryjnego, budowanie dla nich sanatorjów byłoby luksusem, na który państwo dźwigające się dopiero z powszechnego pauperyzmu, pozwolić sobie nie może i nie powinno. Akcja, jaką proponuję, jest wprawdzie mniej efektowna statystycznie, ale napewno wpłynie na zmniejszenie ilości zakażeń pierwotnych i wtórnych i w przyszłości da zyski nietylko społeczeństwu, ale i Kasom Chorych, gdyż zmniejszy się ilość chorych nieuleczalnych i zmniejszą się sumy wydawane na zasiłki. Po wyczerpaniu praw gruźlik niezdolny do pracy i nieuleczalny winien się leczyć na koszt samorządu lub państwa. Reasumując powyższe wywody stawiam następujące wnioski:

1) Kasy Chorych i projektowane ubezpieczalnie inwalidzkie powinny wziąć czynny udział w leczeniu i zapobieganiu gruźlicy.

2) Kasy liczące do 5.000 członków powinny wejść w ścisłe porozumienie z poradniami przeciwgruźliczemi w tych miejscowościach, gdzie poradni niema, Kasy powinny wystąpić z inicjatywą i subwencją, aby poradnie powstać mogły.

3) Kasy liczące od 5.000 do 20.000 członków powinny wyodrebnić z ogólnej masy chorych leczenie gruźlików i dążyć do zaangażowanie chocażby jednego ftizjologa; współpraca z poradniami powinna być jaknajdalej idąca.

4) Większe i mniejsze Kasy Chorych winny za pośrednictwem Okręg. Kas Chorych i organizacji przeciwgruźliczych dążyć do stworzenia wzorowych lecznic i skromnych szpitali dla chorych niebezpiecznych dla otoczenia.

5) Kasy Chorych zasobne w środki w dużych ośrodkach przemysłowych powinny zorganizować wzorowe instytuty rozpoznawczo-lecznicze i budować szpitale tanie przedewszystkiem dla dzieci, a następnie dla dorosłych.

6) We wszystkich Kasach należy oprzeć współpracę Kas Chorych z towarzystwami przeciwgruźliczemi na podziale działalności rozpoznawczo-leczniczej i zapobiegawczej. Stałą akcję zapobiegawczą mogą i powinny przeprowadzać poradnie społeczne.

7) Kontynuowanie opieki nad gruźlikami nieuleczalnymi i na stałe niezdolnymi do pracy powinno należeć do Państwa, miast, samorządów powiatowych i gminnych, Czerwonego Krzyża i towarzystw dobroczynnych.

OCENY.

Dr. Franciszek K r z y s z t a ł o w i c z: *Choroby skóry*. Warszawa 1928. Wydanie z zasiłku Wydziału nauki Min. W. R. O. P. W zawiadywaniu Kasy im. J. Mianowskiego, instytutu popierania nauki w Warszawie. Str. 510 z 177 rysunkami na 44 tablicach).

Wymieniona w tytule książka jest drugą częścą podręcznika dermatologji tegoż Autora, dalszym ciągiem części pierwszej, która w osobnem wydaniu ukazała się w r. 1926, jako: *„Etjologja i patogeneza chorób skórnych"*. Jako część druga jest tylko dalszem i konsekwentnem rozwinięciem tych myśli i tych zamierzeń Autora, które w *„Etjologji i patogenezie chorób skórnych"* nazwał „próbą" uklasyfikowania chorób skórnych według ich etjologji. Samo przez się rozumie, że zamierzenie to nastręczało, bo musiało nastręczać, wiele więcej trudności w części drugiej, szczegółowej, niż w części pierwszej, będącej poniekąd zarysem planu i podwaliną zamierzonej budowy, trudności tem większych, że Autor, wierny zamierzeniom części pierwszej i nakreślonemu w niej podziałowi etjologicznemu, chorób skórnych, ten sam podział zatrzymuje i ściśle go przestrzega. I tu właśnie w części drugiej piętrzyć sę zaczęły, bo musiały, te olbrzymie trudności, jakie napotyka każda myśl nowa, nim się w realny kształt przyoblecze, nim przekona, uzasadni i udowodni, że w tym lub owym kierunku należałoby zerwać z przeszłością, z tym lub owym podziałem, *wygodnym*, bośmy do niego nawykli, prostsze może, bo przy uwzględnianiu cech jedynie zewnętrznych i morfologicznych, prostszym nam się dotąd wydawał lub jeszcze ciągle wydaje bo przy braku idealnego i bezwzględnie słusznego podziału chorób skórnych każdy ma pewne zastrzeżenia, pewne poglądy własne, każdy chce mieć i może ma słuszność, słowem przy praktycznem rozwinięciu myśli zasadniczych w części II-giej swego podręcznika K r z y s z t a ł o w i c z pokonać musiał trudności i przeszkody niepomiernie. Wiedział też o tem Autor, aż nadto dobrze, skoro we wstępie do części pierwszej w „Etjologji i patogenezie chorób skórnych" mówi o podziale chorób skórnych przez Siebie wprowadzonym, że „zamiar tego rodzaju musi mieć na razie znamiona próby, nie może być zatem czemś doskonałem, nie może także wszystkich zadowolnić" ale wiedząc o tem trzymał się twardo raz powziętego zamierzenia, o którem w tymże samym wstępie mówi, że „jest to na razie ideał do spełnienia do którego jednak musimy dążyć". Dąży też i zmierza do niego K r z y s z t a ł o w i c z konsekwentnie i niezmiennie, tak w części pierwszej jak w drugiej, dając w obu całokształt rzeczy gruntownie przemyślanej i śmiało ujętej. Część szczegółowa t. j. omawiane „Choroby skóry" dzieli się na 6 rozdziałów mianowicie na:

1) Wady wrodzone i dziedziczne.
2) Zmiany skóry urazowe.
3) Choroby skórne pasorzytnicze.
4) Schorzenia skutkiem zatrucia.
5) Schorzenia z przyczyny wewnętrznej.

6) Nowotwory złośliwe.

Każdy z działów, o ile tego zachodzi potrzeba, rozpada się jeszcze na grupy, mające te lub owe cechy wspólne. Podział ten zupełnie logiczny i słuszny musiał, jak się samo przez się rozumie, nie w każdym dziale jednakowe nastręczać trudności, bo w jednym dziale przyczyny chorób są znane i proste, w innym mniej pewne i złożone, w innym wreszcie domniemane tylko i niepewne. A jednak Krzyształowicz umiał i chciał pokonać te trudności.

Rzeczy pozornie odległe i rozrzucone łączy, lub stara się połączyć; sprzeczności pozorne, przez subtelną analizę faktów wyjaśnia i oświetla, w fakty wmyśla się sam i każe się wmyślać, z pewnością przygotowany na to, że tu i ówdzie znajdzie sprzeciwy i zastrzeżenia mniej lub więcej słuszne, bądź to na nawykknieniu, bądź też na osobistych odmiennych poglądach oparte. Więc choć by ktoś chciał książkę Krzyształowicza krytykować odnośnie do jej znaczenia dydaktycznego, uzasadniając to tem, że podręcznik jest łatwiejszy do zrozumienia jeśli podaje fakty ogólnie uznawane i już stwierdzone, niż domniemane i przypuszczalne to i w takiej krytyce zatrzyma się z szacunkiem należnym przed jednem: przed ujawniającem się wybitnie w całej książce dążeniem oparcia nowoczesnej dermatologji na tych zdobyczach i poglądach, jakie obowiązują dziś w innych działach medycyny współczesnej i jakie powinny obowiązywać i dermatologję. Spytać się godzi czy dermatologja współczesna dojrzała do tego, by ją ująć już obecnie w ramy przez Krzyształowicza nakreślone? Z pewnością, że nie. Ale z tego, że nie dojrzała, nie wynika, by nie próbować ująć jej, choćby przedwcześnie, choćby dziś, w ramy takie w jakie chce ją widzieć ujętą Krzyształowicz i oprzeć jej podział na podziale możliwie najsłuszniejszym, bo podziale etiologicznym. Wszakże poznanie *przyczyny* chorób to nie tylko ich podział racjonalny, nie tylko ich zrozumienie ale, co praktycznie najważniejsze, także ich leczenie i zapobieganie ich powstawaniu. Podręcznika *„Chorób skórnych“* Krzyształowicza nie można oceniać z punktu widzenia li tylko praktycznego i dydaktycznego trzeba patrzeć na niego jak na syntezę szczegółowych przemyśleń i poglądów Autora, przemyśleń i poglądów, które tu i ówdzie mogą wymagać pewnej korektury i zapewne w przyszłości jej doznają, ale przemyśleń i poglądów zmierzających do szukania prawdy na wszelkich dostępnych dotąd drogach. Tem zapewne tłumaczy się, że w *„Chorobach skóry“* Krzyształowicza niema drobiazgowego i szczegółowego opisu obrazu klinicznego chorób skórnych, skrupulatnych i klasycznych opisów wykwitów skórnych, ich wiernego odtworzenia czy odmalowania w słowach, że ta właściwość niejednokrotnie bardzo ceniona (i słusznie) schodzi poniekąd na plan drugi, ustępując miejsca przedewszystkiem myśli przewodniej: powiązania ze sobą poszczególnych jednostek chorobowych w grupy i działy. Rozczytując się z należną uwagą w poszczególnych działach rozumiemy bliżej logikę ugrupowania, pojmujemy, że rozsypanie pojedyńczych jednostek chorobowych bez planu, jest dowolnością a zarazem przeszkodą w należytem rozumieniu przyczyn i faktów tak często w patogenezie chorób skóry łączących się i kojarzących.

Książka Krzyształowicza uczy nas, że nie może nas już dziś zadawalniać ugrupowanie jednostek chorobowych na podstawie ich cech zewnętrznych, czysto morfologicznych, ale, że należy już dziś ponad podział ten, dotąd praktykowany sięgać myślą nieco dalej, choćby sięganie to poważne nastręczało trudności. Jak z trudności tych wybrnąć i jak je pokonać uczy książka Krzyształowicza, uzasadniając w każdym poszczególnym przypadku, dlaczego należałoby tę lub inną jednostkę chorobową w ten właśnie a nie inny dział włączyć; i to jest główną i zasadniczą wartością omawianego podręcznika. Odda on niewątpliwie znaczne usługi każdemu umiejącemu myśleć dermatologowi, będzie podnietą do sumiennego zbierania drobnych faktów na korzyść całości i łączenia dermatologji z innymi działami nauki lekarskiej bez których pomocy nowoczesnej dermatologji a przynajmniej postępu jej wyobrazić sobie nie można. Tą samą podnietą będzie i dla ucznia, choć przyznać trzeba, dla ucznia już nieco z dermatologją obeznanego. „Ma ona“ jak Autor na wstępie zaznacza „ułatwić studjującym medycynę, aby pogłębili i rozszerzyli to co słyszeli i widzieli na wykładach“. I niewątpliwie książka Krzyształowicza zadanie to spełni, te pożądane pogłębienia da, rozszerzy też znacznie horyzont widzenia i patrzenia. Trudno w tem krótkiem sprawozdaniu omawiać i rozpatrywać szczegółowo poszczególne działy; celem niniejszej oceny jest oddanie wrażenia jakie się otrzymuje po przeczytaniu tej głęboko obmyślanej i szeroko ujętej książki. Nie brak jej zalet teoretycznych jak i praktycznych.

Z zalet praktycznych (bo o teoretycznych już wspomniałem) podnieść należy obszernie ujęte, bo na 127 stronach omawiane „Leczenie“, poprzedzające część kliniczną. Tę szczęśliwą myśl z szczególniejszem należy podnieść uznaniem, bo dział ten w podręcznikach dermatologji dosyć często bywa pomijany lub nie dość obszernie bywa ujęty. W książce Krzyształowicza dział ten stanowi raz całość ogólną, poprzedzającą część kliniczną, a ponadto po raz wtóry powtarza się jako zamknięcie działu, grupy, lub jednostki chorobowej, ze wskazaniem szczegółowem, jakich leków lub jakiego leczenia w danym przypadku użyć należy. W dziale: „zmian urazowych“ uwzględniono działanie gazów trujących na skórę, z pewnością nie bez znaczenia wobec tego, że wojna ostatnia narzuciła nam niestety i ten sposób uszkodzenia skóry. Jeżeli się doda że poszczególne jednostki chorobowe a raczej poszczególne zmiany chorobowe objaśnia Autor zwięzłemi i jasnemi opisami odnośnych obrazów histologicznych, że opisy kliniczne ilustruje na końcu zbiór 177 rycin troskliwie dobranych i pochodzących niemal wyłącznie z własnych zbiorów Autora, będzie się miało wyobrażenie o całości przedmiotu, przedstawionego w sposób wyczerpujący.

Ocena, o ile ma być zupełną, wkłada na mnie także obowiązek wskazania na pewne braki, bez których książka ta i tak już wysokiej wartości, zyskałaby jeszcze pod względem dydaktycznym. Wiadomo jak wielkie znaczenie w rozpatrywaniu chorób skórnych ma szczegółowe rozpoznanie różniczkowe, podkreślanie niemal ciągle i stałe różnic w obrazie poszczególnych wykwitów, różnic nieraz drobnych, a przecież rozstrzygających, słowem zestawianie obok siebie i porównywanie jednostek chorobowych klinicznie podobnych, a przecie etjologicznie i patogenetycznie różnych, a przez to odrębnych. Uczący się nie umie często *patrząc*, dostrzegać i widzieć a tem samem dobrze wyróżniać i odróżniać. Częste naprowadzanie go i podkreślanie różnic w barwie, postaci, powierzchni i rozmieszczeniu wykwitów ułatwia mu to zadanie, uczy go w sposób możliwie dostępny. Tego rozpoznania różniczkowego w książce Krzyształowicza niema i to może jest jedyna strona ujemna. Brak ten jednak może z łatwością i powinien wyrównać nauczający, przy pokazach poszczególnych chorób skórnych bo to jest celem głównym nauczania praktycznego, zwłaszcza w dermatologji. Zapewne przez przeoczenie nie usunięto z książki i nie sprostowano takich usterek jak n. p. tej: „celem trwałego usuwania włosów używa się promieni Roentgena“ (str 485), albo stosowanie octanu talowego w maści bez ostrzeżenia że to w maściach środek silnie trujący i już zarzucony, (str. 484, że w figówce gronkowcowej spotyka się nierzadko głębokie nacieki (str. 304), gdy w istocie nacieki głębokie należą tu do rzadkości i to stanowi niemal główną cechę wyróżniającą od figówki grzybkowej. Podobnie nie należałoby, bez bliższego uzasadnienia t. zw. nadkażenia (jeśli się odrzuca możność powtórnego zakażenia kiłą) zamieszczać zdania: „kiła raz nabyta wywołuje odporność na powtórne zakażenia“ (str. 215). Są to usterki drobne zresztą nieumniejszające zasadniczej wartości książki.

Język i styl w książce wszędzie wysoce poprawny czysty i jasny z troskliwem uwzględnieniem mianownictwa polskiego jest poważną zaletą tej książki i zaledwie w kilku miejscach wykazuje drobne usterki. I tak zamiast „nadmanganezjanu potasu“ (str. 324) lepiej byłoby użyć słowa: „nadmanganian“ zamiast słowa „firnis“ (str. 323 i i.) słowa: „pokost“, zamiast maści „rozmiękających“ (444 str.) „rozmiękczających“ ,a słowa „pasta“ może nie zastępować słowem dość dziwnie brzmiącem w słownictwie dermatologicznem: „ciasto“.

Wybaczy mi zapewne Autor te drobne wytknięcia ginące w zestawieniu tych wszystkich zalet, jakie podniosłem, a jakie książka Krzyształowicza bezsprzecznie posiada.

Lenartowicz (Lwów).

BIBLJOGRAFJA.

Artykuły oryginalne w czasopismach.

A) Piśmiennictwo polskie.

Archiwum historji i filozofji medycyny oraz nauk przyrodniczych, tom VII, zeszyt I, z r. 1927: A. Wrzosek: Marcinkowskiego lata szkolne. — Z. Klukowski: Sprawa o grzech sodomski w Lublinie w r. 1637. — H. Higier: Jakim był lekarz żydowski średniowiecza w Europie a zwłaszcza w Polsce. — S. Trzebiński: Absurdalność w medycynie. — S. Trzebiński: Materjały do życiorysu Wincentego Herbarskiego. — L. Czarkowski: Sylwetki profesorów Wydziału lekarskiego w Uniwersytecie Warszawskim.

Polski Czerwony Krzyż, rok III. Nr. 11 z r. 1927: Fr. Ks. Cieszyński: Opieka społeczna nad matką i dzieckiem. — Miss H. L. Bridge: Stowarzyszenie pielęgniarek w Polsce. — Siostra

R. Machówna: Wspomnienia siostry P. C. K. z krwawych dni wojny. — M. J. K.: Państwowy instytut higjeny.

Wiadomości farmaceutyczne, rok LIV, Nr. 49, z 4 grudnia 1927: W. Borejsza: W 55-letnią rocznicę założenia Warsz. Tow. farmaceutycznego. — I. Muszyński: Rośliny prorocze i nowy narkotyk roślinny Peyotl (dok.). — L. Kostrzeński: Zarys historyczny rozwoju aptekarstwa. — Rozporządzenia i okólniki władz. — Sprawy zawodowe.

Wychowanie fizyczne, rok VIII, zeszyt 12, za grudzień 1927: Dybowski: Doświadczenia oddechowe w czasie chodu zwykłego oraz chodu i biegu narciarskiego. — W. Sikorski: Sport w szkole, święto sportowe młodzieży szkolnej i zawody międzyszkolne.

Zdrowie, rok XLII, Nr. 12, za grudzień 1927: Od redakcji. — I. Polak: O zdrojowiskach i uzdrowiskach polskich. — A. Niepielski: Stan zapatrywania w wodę m. Dąbrowy Górniczej.

Warszawskie czasopismo lekarskie, rok IV, Nr. 19, z 30 listopada 1927: G. Bychowski: Współczesny stan nauki o morfinizmie. — S. Cytronberg: Badania doświadczalne nad wpływem różnych pokarmów na ilość i jakość żółci. — A. Stückgold: Tętniak aorty brzusznej przyczyną niedrożności jelit. — P. Martyszewski: Z kazuistyki ciał obcych w płucach. — S. Popowski: Nowe badania z dziedziny etjologji krzywicy (str. zbior.). — H. Hufnagel: Fosforany nieorganiczne, czy organiczne w lecznictwie? — N. Zandowa i Z. Szymanowski: W sprawie zapalenia mózgu po szczepieniu ochronnem ospy. Z. Sobański: Z działalności państwowej przychodni do zwalczania kiły na Huculszczyźnie.

Lekarz Polski, rok III, Nr. 12, z 1 grudnia 1927: W. Jeżewski: W przededniu rozłamu. — W. Judym: Stanowisko lekarza w demokracji współczesnej (c. d.). — W. Marjański: Zapomniane cele (dok.).

Nowiny społeczno-lekarskie, rok I, zeszyt 17 z 1 grudnia 1927: A. Ławrynowicz: Wrażenia ze zwiedzonych instytucyj sanitarno-higjenicznych Belgji i Francji. — Ł. Sokołowski: O budżet Kas chorych. — W sprawie ordynowania zabronionych do obrotu specyfików farmaceutycznych i leków pochodzenia zagranicznego.

Przyroda i technika, rok VI, zeszyt 9, za listopad 1927: R. Kuntze: Teorja Wegenera, a zoogeografja. — I. Gadomski: Technika sporządzania nowoczesnych soczewek — „olbrzymów", oraz zwierciadeł astronomicznych. — I. Jaranowska: Plaga pyłu i dymu w miastach.

B) Piśmiennictwo niemieckie.

Jahreskurse f. ärztliche Fortbildung in 12 Monatsheften (Monachium, I. F. Lehmann) 1927, Nr. 11.: 1) Prof. Passow: Leczenie światłem w okulistyce. 2) Marchesani: Zmiany starcze oka ludzkiego. — 3) Eisinger: W sprawie wycinania migdałków. 4) Greve: Higjena zębów. 5) Heesch: Sprawa ciałka szklistego.

PRZEGLĄD PIŚMIENNICTWA.

Piśmiennictwo francuskie.

L'Hopital.

1927, Nr. 199, str. 526—527.

Dr. P. Flandrin: *Quelques indications de l'anésthesie régionale par voie rectale en urologie.* Znieczulenie ogólne zdaje się być zbędne kiedy zależy tylko na unieruchomieniu chorego, mianowicie w cystoskopji, kateteryzowaniu cewki moczowej i elektryzacji jej lub pęcherza prądem wysokiej częstotliwości. Miejscowe znieczulenie zawsze bywa niedostateczne, nawet stosując stężone roztwory kojące bóle, które nadto dla chorego bywają niebezpieczne. Próbowano też znieczulenie przez odbytnicę: enemy ciepłe z makowca, czopki z morfiną, kokainą, beladonną okazały się niewystarczającemi.

Natomiast czopki henypnomu Ciba (zawierające po 0,05 dwualylbarbituranu dwuetylmorfiny i 0,5 anesonu czyli trzeciorzędnego trójchlorbutylowego alkoholu) znacznie przewyższają wspomniane środki.

Stosowano je:

1) u 12 chorych z gruźlicą nerek w obustronnej kateteryzacji cewki moczowej w celu sprawdzania jej sprawności. W 10 przypadkach zupełne, a w 2 częściowe znieczulenie. U wszystkich chorych sprawa tyczyła się ciężkiego uszkodzenia pęcherza z zmniejszoną pojemnością (nie więcej jak 70—80 ccm);

2) u 5 chorych z przewlekłem zapaleniem cewki moczowej, wymagającem elektryzacji za pomocą cystoskopu;

3) w przypadku guza w pęcherzu, leczonego naświetlaniem drogą naturalną.

Zabiegi we wszystkich przypadkach odbywały się bez bólu. Chorzy odczuwali zaledwie nieznaczne i nieuciążliwe tarcie. Zastosowanie hemypnonu w czopkach odznacza się wielką prostotą: na półtorej godziny przed zabiegiem stosuje się enemę opróżniającą, a w godzinę potem wprowadza się do odbytnicy czopek hemypnonu. W zwykłych warunkach wystarcza jeden czopek.

Samo przez się rozumie się, że znieczulenie czopkami hemypnonu nie może być stosowane u gruźlików, u których pęcherz odznacza się bardzo niewielką pojemnością, natomiast z wielką korzyścią odbywa się ono w przypadkach średnio ciężkich, które jednak najczęściej się przytrafiają.

Gazette des hôpiteaux.

1927, Nr. 83, str. 1358.

A. J. *Les méfaits de l'insomnie.* Sen, także sztucznie sprowadzony, pozwala ustrojowi na przywrócenie sił nerwów. Zużyta na jawie ziarnina chromatofilowa komórek nerwowych odnawia się w nocy i również odtwarzają się zużyte koloidy nadnercza. Odradzanie się komórek nerwowych i gruczołowych jest bardzo ważne dla chorych, a zatem w przypadkach bezsenności należy sztucznie sprowadzić sen. W przeciążeniu pracą umysłową, w stanach lęku i t. d. wystarcza dial Ciba w dawkach po 0,1 do 0,2 g zadawać przed udaniem się na spoczynek. Silnie podnieconym, umysłowo chorym zaleca się wstrzykiwanie 1—2 ampułek roztworu dialu.

Dla gruźlików z wieczornem podniesieniem ciepłoty szczególnie nadaje się dialacetyna, która jednocześnie działa nasennie i kojąco na bóle, uspakaja i obniża gorączkę. Przetwór ten usuwa niezbędność stosowania środków nasennych, drażniących przewód trawienny (chloral) lub szkodliwych dla wątroby i nerek (weronal).

W poronieniach, nerwobólach, raku i wiądzie rdzenia wskazanym jest didial: koi on bóle i zapewnia chorym kilka godzin spokojnego i krzepiającego snu.

Piśmiennictwo niemieckie.

Medizinische Klinik.

1927, Nr. 42.

Dr. Cornelius Veits. *Ueber Schmerzstillung nach Tonsillektomien.* Wycinanie migdałków podniebiennych w miejscowem znieczuleniu może być dokonywane prawie bez bólu. Jednak, jak tylko ustaje działanie środka miejscowo-znieczulającego, pojawiają się bóle, które często męczą chorego w ciągu całej doby po dokonanym zabiegu. Weramonu lub podobnego mu środka przeciwbólowego podawać nie można, ponieważ chory nie może łykać. Stosowanie morfiny jest niebezpieczne, gdyż nietylko przytłumia bóle, lecz i poniża w obwodzie bólu pobudliwość odruchową, wskutek czego często bywa niespostrzeżonem następcze krwawienie.

Miejscowe stosowanie środków znieczulających w proszku, naprz. anestezyny lub ortoformu jest dość trudne i kłopotliwe a ich względnie krótkotrwałe działanie wymaga częstego powtarzania i przewleka gojenie rany. Ma ono jednak jedną zaletę: zabliźnianie odbywa się doskonale, co jest bardzo ważnem w przypadkach, gdzie zależy na zupełnem przywróceniu funkcji (naprz u śpiewaków).

Dla kojenia bólów, szczególnie po wycięciu migdałów prostym i zupełnie odpowiednim, dającym znakomite wyniki środkiem jest cibalgina, której główną zaletą jest możność stosowania pozaustnego. Cibalgina nie osłabia odruchów dławienia i wymiotów jak morfina, tak iż mogące powstać krwawienia następcze w czasie właściwym nie uchodzą uwagi. Wstrzykuje się ją przeto wszystkim wrażliwym chorym, u których w kilka godzin po zabiegu obserwuje się silne bóle wieczorem, jedną ampułkę cibalginy i tym sposobem osiąga się uspokojenie chorych, którzy zwykle już pierwszą noc przesypiają spokojnie.

Zeitschrift für Tuberkulose.

1927, tom 48. Nr. 4, str. 309—312.

Dr. Sternberg. *Ueber alte und moderne Zimtsäurebehandlung der Lungebtuberkulose.* Landerer wprowadził do terapji gruźlicy kwas cynamonowy. Sposób stosowania tego przetworu połączony jest z trudnościami i wywołuje wskutek wielkich dawek wstrzykiwanego kwasu cynamonowego wstrząs, odpowiadający nieswoistemu bodźcowi z wyraźną reakcją ogniskową. Przetwór jego również powoduje różne wpływy uboczne.

Elben Ciba, wolny od niepożądanych wpływów ubocznych daje się wygodnie stosować do wewnątrz, przyczem i sposób jego działania jest odmienny. Po długiem, nieprzerwanem podawaniu elbonu następuje stałe nasycenie tkanek benzoilem, co korzystnie wpływa na plwocinę i ciepłotę. Przeciwnieżytowe i ograniczające plwocinę działanie elbonu podług autora mniej polega na wyraźnem niszczeniu prątków, aniżeli na zmianie stanu błony śluzowej i jej stosunków wydzielniczych. Tworzenie się plwociny jest przebiegiem koloidalno-chemicznym i podlega prawidłom chemji fizjologicznej.

Zmiany stanów koloidalnych roztworów odbywają się w dwóch okresach: na początku leczenia elbonem ilość plwociny zwiększa się wobec wyraźnego poniżenia spojności. Plwocina „speptonizowana" przestaje już tak mocno przylegać do ścianek oskrzeli i bez wysiłku wydziela się z kaszlem. Wkrótce potem następuje dalsza zmiana: koagulacja. Zbita masa plwociny luźniej przylega do ścianek oskrzeli, wykrztuszanie ułatwia się, ilość wydzielonej plwociny opada. Znikanie prątków po leczeniu elbonem nie jest następstwem własności odkażającej przetworu, a raczej wyrazem zmienionych stosunków wydzielniczych, spowodowanych przez wsteczną przemianę uzależnionych od flory objawów zapalnych.

W przeciwieństwie do lekowania gorączki gruźliczej zwykłemi środkami przeciwgorączkowemi (8—10 razy dziennie małe ilości aspiryny, pyramidonu, laktofeniny, chininy i t. p.) elbon nie wpływa na objawy gorączki, a raczej skutek składa się z zestawienia różnego rodzaju wpływów zaczepnych. Ustanie gorączki następuje pośrednio przez wpływ na wydzielniczość, przez wzmożenie odporności tkanek względem flory, powodującej zakażenie i przez poprawę warunków wykrztuszenia. Nie jest wykluczone, że kwas cynamonowy wywołuje wpływ bezpośrednio na ośrodek cieplikowy i należy zaznaczyć, że elbon nigdy nie sprowadza raptownych spadków temperatury.

Do leczenia elbonem nadają się wszelkie przypadki z stałem podniesieniem ciepłoty z wyjątkiem przypadków z wyraźnie gnilną gorączką oraz postacie wysiękowe, wymagające energiczniejszego postępowania. Przetwór ten okazał się skuteczny także w niegorączkujących formach z obfitą wydzieliną i u chorych, będących wskutek obfitości prątków w plwocinie niebezpieczeństwem dla otoczenia.

Nie należy dawkować podług ustalonego wzoru, a 4—5 g dziennie, jako dawka początkowa, a w uporczywych przypadkach do 8 g zawsze dobrze bywa znoszona. Z ustępowaniem objawów dawkę zmniejsza się stopniowo do 2 g dziennie i zaleca podawać elbon jeszcze w ciągu miesiąca lub 6 tygodni po zniknięciu wszelkich objawów.

British Medical Journal.

London 1927. 17. IX. Nr. 3480.

Sprawozdanie (częściowe) z dorocznego zgromadzenia brytyjskiego stow. lekarskiego z. r. w Edynburgu (British Medical Association). Sekcja medycyny.

Rozprawy o leczeniu ostrego płatowego zapalenia płuc.

1. Leczenie zapobiegawcze: Leczenie swoiste; leczenie objawowe — wykład John Hay'a prof. klin. lek. Liverpoolu.

W Anglji z Walją zmarło w r. 1925 osób 36.900 z powodu zapalenia płuc; przyjąwszy odsetkę 20% odpowiada to 185.000 przypadkom zachorowań.

W samym Liverpoolu (842.968 mieszkańców) zmarło 650 czyli na 3.200 zachorowań przypada 1 na 263 mieszkańców .

Mowca ostrzega przed umieszczaniem gromadnem chorych z zapaleniem płuc w salach szpitalnych wspólnie z innymi chorymi, z powodu łatwego zakażenia się. Chory powinien być ścianką odgrodzony od sąsiada chorego na inną chorobę, a plwocina odkażana. Kartą papieru lub gazą należy ochronić twarz badającego lekarza od twarzy (ust) chorego; głowę chorego odwrócić w przeciwną stronę badając jedną stronę, ręce myć po badaniu, płukać usta i t. d. Łóżko, pościel po przebyciu choroby, starannie odkażać. Autor radzi pielęgnującym i lekarzom szczepić się zapobiegawczo — jeżeli lecza chorych na zapalenie płuc. Zapobiegawcze szczepienia dały świetne wyniki w południowej Afryce (w kopalniach), również Cecil, Austen, Vaughan i in. stwierdzili wielką ich wartość. Omówiwszy szczegółowe leczenie zwyczajne, zawierające bardzo dużo cennych wskazówek, zastanawia się obszernie nad leczeniem *swoistem* — zresztą bardzo korzystnem, a dla lekarza praktyka jednak trudnem. Wczesne zastosowanie szczepionki, ułatwia wysoce wyzdrowienie, zmniejsza trwanie choroby, kończące się przełomem; szczepionki po trzecim dniu okazały się bezskuteczne. (Wyniki te uzyskał Malone w r. 1925 w 29 przypadkach szczepionych wobec 29 kontrolnych nieszczepionych). Stosowanie szczepionek lub surowic wymaga współpracy dobrej, pod ręką będącej pracowni bakterjologicznej dla oznaczenia typu pneumokoka zakaźnego, jak również szybkiego stwierdzania innych towarzyszących drobnoustrojów. Zapalenia płuc pneumokokowego czystego, nie należy porównywać z influencyjnem zapaleniem płuc.

Autor rozróżnia typy poszczególne i nie wyklucza wszakże możliwości, że surowica typu I. może skutecznie działać w innych typach — jeżeli się dożylnie stosuje 100 cm³ co 3 godziny. Dla uśmierzenia bólów, jeżeli unieruchomenie dolnych części klatki piersiowej opaskami, ani morfiną nie sprowadzają ulgi, godzi się autor na wprowadzenie 400—500 cm³ tlenu lub powietrza do jamy opłucnowej (sposób prof. Wynn'a). Przeciw bezsenności zaleca whisky lub wódkę — ogrzaną, z dodatkiem makowca ewentualnie paraldehyd 2 drachmy (33.88 gr) z równą lością wódki jako zawiesina w wodzie miętowej. Po piątym dniu makowiec lub też jego pochodne, należy ostrożnie stosować. W napadach szału morfina w połączeniu z hyoscyną jest jedynym środkiem. Toxaemia, Anoxaemia, bębnica, są czynnikami wytwarzającemi niewydolność mięśnia sercowego. Najlepszym środkiem skrzepiającym serce, byłby tlen — którego sposób stosowany dotychczas niedostateczne daje wyniki. Zamiast lejkowatego ustnika, nawet szczelnie przylegającego do nosa i ust, bardziej celowem jest wprowadzenie przez nos cewnika Nr. 10 o 3—4 otworach — po znieczuleniu śluzówki. Drugi otwór nosowy należy zamknąć przy każdym wdechu — lepszą jeszcze jest maska. W przypadkach z obfitą wydzieliną śluzową w drogach oddechowych, korzystną jest kombinacja tlenu z podskórnymi zastrzykami atropiny. Z przetworów naparstnicy często Anglicy stosują nastój.

Szeroko rozwodzi się mowca nad alkoholem w zapaleniu płuc. Przeprowadzone własne doświadczenia — w tym samym czasie — w tych samych warunkach i o wieku przeciętnym 35 lat, podczas epidemji — na 47 chorych, którym nie podawano alkoholu i na 103 chorych, którym podawano alkohol. Po wykluczeniu chorych, przywiezionych w stanie konania, stwierdza mniejszą o 15% śmiertelność (21.4% : 36.8%). Alkohol jedynie w pewnych ściśle zdefiniowanych przypadkach ma być stosowany — zresztą wręcz szkodliwy jeżeli stosowany w powtarzanych dawkach celem skrzepienia słabego serca. Czasem działa korzystnie sam lub w połączeniu z innymi lekami uspokajającymi, sprowadzając spokój i sen w okresie ostrym. Podawać alkohol mówi autor w nadziei, że on jest lekiem skrzepiającym serce lub podniecającym — sprzeciwia się nauce i doświadczeniu klinicznemu; zgadza się z zdaniem prof. Wynn'a: „Nie ma dowodu, że alkohol oddaje usługi w niewydolności serca, a podawać pod maską leku podniecającego, przetwór przytłumiający *(„depressing drug")*, który ponadto wstrzymuje sprawę uodparniającą u chorych niezdolnych zobojętnić to działanie — takie leczenie nie może być należyte". Natomiast podawanie dożylne 250 cm³ 10% rozczynu glukozy w rozczynie fizjologicznym soli co 8 godzin (lub w większych odstępach) wzmacnia skutecznie serce; słabiej działa lewatywa solna z dodatkiem glukozy. Dobrym środkiem skrzepiającym serce jest zastrzyk pituitryny, ½—1 ccm³ co 4—6 godzin. Również i hipertoniczny rozczyn soli (25%) w ilości 100 cm³ podwyższa ciśnienie krwi (o 15—33 mm Hg.) trwające do sześciu godzin (Prigge) Strychnina niesłusznie ma opinję dobrą, nie działa swoisto na serce — co najwyżej działa na ośrodki oddechowe i może oddać usługi w późniejszych dniach choroby. Upust krwi *(Vanaesectio)* zaleca autor w pierwszych dniach — nieraz i późniejszych, w warunkach powszechnie znanych. Węglan amonu jest dobrem *carminativum,* lekiem podniecającym oddech oraz wykrztusającym; przy obfitej wydzielinie oskrzelowej towarzyszącej nieraz zapaleniu płuc, wskazane są dawki większe 10 ziarn (t. j. 0.64 gr) co 2 godzin, popijając gorącym napitkiem.

Wynn: Leczenie szczepionkami ostrego zapalenia płuc. Omówiwszy obszernie zasady wypowiada pogląd, że krzywa intoksykacyjna w zapaleniu płuc, prawdopodobnie wznosi się raptownie, pozostając na tym poziomie i odpowiada na ogół ciepłocie. Początkowo niema przeciwciał, lecz około czwartego dnia zaczynają się zjawiać. Ich krzywa początkowo wznosi się zwolna — później gwałtownie, a około końca tygodnia krzywa przeciwciał,

wznosi się ponad krzywiznę intoksykacyjną, a zjawia się przełom. Zadanie: wytworzyć wczesny wzrost przeciwciał, podczas gdy krzywa intoksykacyjna jeszcze się podnosi i łatwo ją wtedy opanować, nim toksyny są usadowione w groźnych ilościach w nerwach i komórkach utkania serca. W tym okresie chory nie jest uczulony. Im wcześniejszy zastrzyk, tem skuteczniejszy wynik. Mowca stosuje szczepionkę *(stock-vaccine)* pnemokokową z pierwotnych szczepów poniżej 24 godzin uzyskanych. Dorosłym zastrzykuje 100 miljonów, dziecku dwunastoletniemu połowę dawki, zaś 3—4-letnim czwartą część dawki. Wobec tego, że „czyste" płatowe zapalenie płuc, było nie tak częstem obecnie, a przeważnie zdarzały się przypadki mięszanego zakażenia, stosował autor szczepionkę zawierającą równe ilości pneumokoków, łańcuszkowców i laseczników influency po 100 miljonów z każdego rodzaju. Uważając każdy przypadek zachorowania z zapalenia płuc, jako nagłe schorzenie, żada najrychlejszego zastrzyku, podobnie jak chirurgicznego zabiegu w przebiciu wrzodu żołądkowego. Z chwilą bowiem, gdy toksyny już trwale się usadowiły w komórkach — całe działanie jest spóźnione. Jeżeli zastrzyku dokonał w perwszych 24 godzinach po dreszczu wstępnym — to w przeważnej ilości przypadków w najbliższych 24 godzinach ciepłota opada, i stan ogólny się poprawia, Im wcześniejszy zastrzyk, tem pewniejszy skutek. Jeżeli pierwszy zastrzyk nie działa — można go powtórzyć co 24 godzin. Zdarza się to u chorych, u których dopiero w drugim dniu po raz pierwszy wstrzyknięto szczepionkę. Na 100 chorych u 49 zastrzyku dokonano w pierwszych 3 dniach — z tych jeden zmarł (kobieta ciężarna z dychawicą przywieziona 48 godzin po pierwszych objawach). Z chorych 51, u których dokonano zastrzyku po 3 dniu, zmarło 12.

W dyskusji H. Morley Fletcher, twierdzi, że morfinę wolno stosować w pierwszych 3 może i 4 dniach, lecz później chyba wyjątkowo — z powodu niebezpiecznej wtedy bębnicy. Alkohol stosowany umiarkowanie w zapaleniu płuc, a więc w zakażeniu krótkotrwałem, nie mógłby uszkadzać mięśnia sercowego, poprawia sen a w przełomie, przy zapaści ma wartość. Dla młodszych — bez szczególniejszych wskazań — jest zbędny. Nukleinat sody pobudza leukocytozę i przyspiesza przełom — jak twierdził Gardner-Medwin; mowca nie potwierdza tej obserwacji. Tlen powinien być stosowany wczas systematycznie i wydatnie — a nie w ostateczności. Naparstnica w czasie późniejszym, gdy serce słabnie, ma wartość, również gdy ciśnienie krwi maleje. Gdy objawy te nagle występują, wskazaną jest strofantyna; u dorosłych podaje naparstnicę, skoro rozpoznał zapalenie płuc.

Prof. R. J. S. Mc. Dowall uważa upust krwi jako najbardziej fizjologiczny sposób ułatwienia serca pracy — ponadto spadek ciśnienia szczególnie żylnego, zmniejszenie lepkości i zwiększenie własności bakterjobójczych krwi, wpływają korzystnie na pracę serca.

Stanley Dawirson wątpi o wartości seroterapji.

Sir James Barr: Bardzo korzystnem byłoby — choćby i krótkotrwałe zapobiegawcze szczepienie. Podawanie „wolnych jonów wapnia" zapobiegałoby działaniu czynników odwapniających.

Dr. A. F. Hewar wierzy w wartość alkoholu w leczeniu zapalenia płuc.

Dr. F. M. Gardner-Medwin: pojedyńcza dawka nukleinianu sodu sprowadza zakończenie sprawy pneumonicznej w ciągu 48 godzin — niezależnie od okresu. Domięśniowy zastrzyk nukleinianu sody, wraz z obficie podawaną „sodową lemaniadą glukozową" *(sodaglucose lemonade)* mogłoby uratować 90 procent chorych z liczby 10—15% skazanych na śmierć podług prof. Haya — z ogółu chorych z zapaleniem płuc.

Tenże sam zeszyt zawiera również kilka cennych prac oryginalnych — pomiędzy innemi:

Wpływ wydzielań wewnętrznych na cechy płciowe (Crew z Edynburgu), Warrington York i A. R. D. Adams z szkoły medycyny podzwrotnikowej w Liverpoolu. Badania rozwoju pasorzyta *Entamoeba histolytica,* dalej pracę o leczeniu *Dysenteriae amoebicae* (Philip Manson Bahr i E. G. Sayers, obaj z szpitala chorób podzwrotnikowych w Londynie). Mamy również szczegółowe sprawozdanie obejmujące leczenie gośćca w Niemczech, mianowicie w Hamburgu, Berlinie, Wiesbaden, Moguncji, Akwizgranie i w niektórych zdrojowiskach, (z okazji kongresu gośćcowego w Berlinie), wreszcie ciekawe sprawozdanie z kongresu międzynarodowego w Bernie w sprawie wola i sprawozdanie z dorocznego zgromadzenia weterynarzy angielskich w Torquay — z nader ciekawymi tematami.

Pisek (Lwów).

RUCH W TOWARZYSTWACH LEKARSKICH — ZJAZDY.

Krakowskie Towarzystwo Lekarskie.

Posiedzenie z dnia 1 czerwca 1927.
Przewodniczący: Prof. Dr. J. Latkowski.
Obecnych 42.

Demonstracje chorych: I Kliniki chorób skórnych i wener. U. J.

Prof. Walter przedstawia przypadek 1) *acrodermatitis chronica atrophicans* umiejscowioną na obu kończynach dolnych u 45-letniej kobiety;

2) *dyskeratosis follicularis vegetans (Morbus Darier)* u 40 l. mężczyzny;

3) *pityriaris rubra Hebra-Jadassohn* u 48 l. mężczyzny z przejściem w wybitne zmiany zanikowe skóry;

4) zapalenie skóry u mężczyzny po stosowaniu wyłącznie wstrzykiwań dożylnych neosalwarsanu (po 4-tej dawce);

5) zapalenia skóry u mężczyzny po leczeniu neosalwarsanem i bismutem.

II Z Kliniki neurologiczno-psychjatrycznej U. J.

Dr. Stępowska przedstawia 4-ry przypadki dyslalji rodzinnej występującej u 4-ch braci. Zachowanie słuchu prawidłowe dla dźwięków muzycznych z upośledzniem słuchu dla dźwięków słownych wskazuje, że przyczyna tych dyslalji leży w upośledzeniu czynności centrum Vernickego a fakt występowania tychże zmian u 4-ch członków tejże samej rodziny każe nam przypuszczać, że czynnik etjologiczny musiał zadziałać na plazmę zarodkową wywołując powyższe zmiany. Ojciec pacjentów alkoholik i ma z pierwszego małżeństwa dwoje dzieci również bełkoczacych. Matka pacjentów rodziła 6 razy, nie roniła. Reakcja Wassermanna z krwi ujemna. U najstarszego z pacjentów ponadto objawy moral insanity, u drugiego z rzędu defekt inteligencji średniego stopnia. Somatycznie wszyscy czterej przedstawiają konstytucję dysplastyczna, charakteryzującą się ogólną hipoplasją, przerostem gruczołu tarczykowego, niedorozwojem części płciowych.

Następny z rzędu demonstrowany przypadek dyslalji u kretyna z wrodzoną aplasją tarczycy. W końcu przypadek dyslalji obwodowego pochodzenia po operacji palato i labioschisis.

Kol. Łuka przedstawia 1) chorego lat 21 u którego choroba zaczęła się po przeziębieniu ruchami mimowolnemi w ręce i nodze prawej. Równocześnie z tem wystąpiła wzmożona drażliwość. Gorączki, zaburzeń w zakresie nerwów ocznych, ani też zmian o charakterze polyartrytycznym nie stwierdzono. W ciągu 10-ciu dni ruchy mimowolne objęły wszystkie grupy mięśni i doszły do maksymalnego nasilenia. Równolegle nasilały się też i zaburzenia w sferze psychicznej i doszły do stopnia delirium z halucynacjami wzrokowemi i słuchowemi, które trwały przez 8 dni, poczem stopniowo zaczęły się cofać objawy psychiczne i somatyczne. Rozpoznanie: *Chorea minor* z zaburzeniami psychicznemi. Leczenie: duże dawki preparatów salicylowych, ciepłe kąpiele, wilgotne zawijania.

2-gi przypadek: *monoplegja inferior sinistra et aphonia hysterica.*

Prof. Piltz przedstawia przypadek porażenia połowiczego o charakterze ekstrapiramidalnym w przebiegu *paralysis progressiva.*

Posiedzenie z dnia 8 czerwca 1927.
Przewodniczący: Prof. Dr. J. Latkowski.
Obecnych 45.

Prezes Prof. Latkowski zawiadamia o przyjęciu wycieczki Lekarzy Słowiańskich w Krakowie przez specjalnie zawiązany obywatelski Komitet, jakoteż o bankiecie wydanym na cześć gości w Krak. Towarzystwie Lekarskim.

Kol. Dziuba omawia przypadek krwawiączki. Pacjent lat 18 cierpi na dolegliwości stawowe od dzieciństwa, zauważył też, że b. długo krwawi po skaleczeniach. Krwawiączkę stwierdzono dopiero obecnie w klinice. W rodzinie bliższej ani dalszej chorego podobnego cierpienia nie było. Oprócz zmian w zakresie prawie wszystkich większych stawów po wylewach krwawych oraz krwiaka w okolicy lewego talerza biodrowego pacjent przedstawia zaburzenia czucia w zakresie *n. cruralis sin.* Ciekawe jest, że zmian w nerwach ruchowych nie stwierdza się (podobny przypadek omawiany były przed kilkunastu laty w Warszawie przez Prof. Piltza). Co do patogenezy tego cierpienia to zdania różnych autorów są rozbieżne. Ostatnie prace Sahliego, Neila, Nolfa wykazują, że istota cierpienia leży w zwolnieniu krzepnięcia krwi i to nie wskutek braku włóknika lecz z powodu pewnych niewłaściwości w wytwarzaniu się trombiny.

Kol. Fr. Łukaszczyk z I Kliniki Wewn. U. J. Prof. Latkowskiego wygłasza odczyt pod tytułem: *„Kwasica w chorobach nerek"* i omawia spostrzeżenia poczynione u 27 chorych na nerki co do zachowania się rezerwy alkalicznej krwi oznaczanej met. Van Slyke'a w stosunku do klinicznego podziału schorzeń nerek, do reszty azotowej krwi, do czynnościowych prób nerek, do obrzęków mocznicy i całokształtu obrazu klinicznego. Z tych spostrzeżeń wynika, że poza mocznicą retencyjną w której występowało obniżenie R. A. poniżej 30%—21% z oddechem o typie Kussmaula żadne z przytoczonych danych z osobna nie dają możności wyczucia dokładnych danych co do zachowania się R. A. krwi w chorobach nerek. Natomiast we wszystkich przypadkach w których całość obrazu klinicznego więc anamneza objawy przedmiotowe i podmiotowe, a azotemia, parcie krwi, próby czynnościowe nerek wskazywały na poważne uszkodzenie organizmu zwłaszcza nerek, tam R. A. była zazwyczaj obniżoną. Obniżenie to nie występowało jednak stale a wysokość jego zależała od czynników nie dających się jeszcze bliżej określić. W każdym razie co do oznaczania tej próby można stwierdzić, że o ile w ostrem zapaleniu nerek nawet znaczne obniżenia R. A. może być przejściowem i nie wpływać na prognozę, to w przypadkach przewlekłych schorzeń nerek obniżenia R. A. poniżej 40% nie spowodowane innemi chorobami, jest oznaką poważnego zaburzenia w organiźmie i czyni rokowania niepomyślne, zaś obniżenia R. A. poniżej 30% zwiastuje w tych przypadkach zazwyczaj niedaleką śmierć. W ogólnej ocenie chorób nerek dawniejsze metody badania jak oznaczanie azotu niebiałkowego i próby czynnościowe zachowują w pełni swoją wartość a oznaczenie R. A. uzupełnia je tylko w sposób nieraz bardzo cenny zwł. oświetla prognozę. Nie jest kwasica wyłącznym powodem mocznicy jak nie jest nią azotemja, obydwa te objawy stanowią tylko ważne składniki zespołu mocznicowego.

W dyskusji zabierają głos: Prof. Klecki. Kwasica nie wyrównana sprowadza zmiany patologiczne. W chorobach nerek nie jest ustalona. Mocznica z kwasicą się nie wiąże. Kwasica jako składnik samozatrucia ustroju w mocznicy stanowi ciekawe zagadnienie. Prof. Klecki zapytuje, czy w mocznicy chloraemicznej kwasica ulega zmianom i jakich typów mocznicy tyczą oznaczenia kwasicy robione przez prelegenta. Prof. Latkowski wspomina, że kwasiscę spotyka się też w chorobach kości co miał sposobność sam stwierdzić w swoich przypadkach *Ostitis fbrosa* i osteomalacji w których obniżenie R. A. dochodziło do 33% CO_2. Kol. Szczeklik zwraca uwagę na znany z lecznictwa chorób nerkowych szczegół, że stosowane w chorobach nerkowych kwaśne sole jak Ca Cl_2 i NH_4 Cl wywołują kwasicę, a przecież wpływają nieraz dodatnio na diurezę i zastanawia się, czy wobec tego należy koniecznie zwalczać kwasicę w chorobach nerkowych.

Sekretarz: *E. Szczeklik.*

WIADOMOŚCI BIEŻĄCE.

Warszawa.

Z inicjatywy Towarzystwa Pedjatrycznego oraz Koła Studentów Uniw. Warsz. odbyło się dnia 11 grudnia b. r. w auli Uniwersytetu Warszawskiego uroczyste posiedzenie, poświęcone uczczeniu pamięci rektora Dr. Med. Józefa Brudzińskiego, w 10 rocznicę Jego śmierci. Uroczystość zagaił Sekretarz Stały P. T. Ped. Doc. Szenajch Wł. Następnie przemawiali: J. Magnificencja rektor ks. dr. Szlagowski, dr. Łyskawiński, dr. Mogilnicki, prof. dr. Michałowicz, dr. Pieniążek, charakteryzując Józefa Brudzińskiego, jako pierwszego rektora odrodzonego w 1915 r. Uniwersytetu Warszawskiego oraz jako uczonego i działacza społecznego.

Na zakończenie przemówił w imieniu młodzieży student medycyny Jan Rutkiewicz.

Kurs dokształcający. Wydział Lekarski Uniwersytetu Warszawskiego urządza w czasie od 20 do 28 marca 1928 r. kursy dokształcające dla lekarzy, na których słuchaczom będą przedstawione najnowsze zdobycze w dziedzinie metodyki badań chorych oraz ich leczenia: jednocześnie kursy obejmują praktyczne zajęcia w klinikach. Wszelkich wyjaśnień udziela przewodniczący komisji kursów Prof. W. Orłowski, Nowogrodzka 59, Klinika chor. wewn.

Stowarszenie Lekarzy Polskich. Wskutek zwrócenia się do Stowarzyszenia Lekarzy Polskich Zrzeszenie Wdów i Sierót po Lekarzach z prośbą i z zapytaniem, czy członkowie Stowarzyszenia Lekarzy Polskich nie zechcieliby zaofiarować bezpłatnie, ewentualnie na przystępnych warunkach swej pomocy lekarskiej członkom Zrzeszenia, Zarząd Stowarzyszenia Lekarzy Polskich stwierdza, że śród świata lekarskiego istnieje oddawna ściśle przestrzegany zwyczaj udzielania bezpłatnej pomocy najbliższej rodzinie lekarskiej, a więc żonie, dzieciom, rodzinie pozostającej na utrzymaniu lekarza, rzecz prosta, wdowom i sierotom po lekarzach i że zasadzie powyższej hołdują stale członkowie Stowarzyszenia Lekarzy Polskich. Przewodniczący: *Dr. E. Osiński*, Sekretarz-Członek Zarządu: *Dr. Cz. Jaworski.*

W siedzibie Stowarzyszenia Lekarzy Polskich (Widok 23, godz. 20½) odbył się odczyt wraz z dyskusją. 16 grudnia 1927 piątek. Prof. Jan Lewiński: Trzęsienia ziemi. Stan obecny nauki.

Odezwa Stowarzyszenia Lekarzy Polskich w Warszawie do Zarządów wszystkich Zdrojowisk, Uzdrowisk i Zakładów leczniczych w Polsce. Jest faktem dobrze znanym, że przez ostatnie parę lat coraz wydatniej zaznacza się stały rozwój urządzeń wewnętrznych uzdrowisk naszych i że nawet w niektórych uzdrowiskach, np. w Krynicy rozwój ten idzie w bardzo szybkim tempie. Równocześnie wzmaga się rok rocznie i napływ kuracjuszów do naszych miejscowości leczniczych, co znajduje swe wytłumaczenie z jednej strony w utrzymaniu drogich paszportów zagranicznych, z drugiej zaś w coraz bardziej rozpowszechniającem się wśród społeczeństwa naszego zrozumieniu potrzeby naprawy swego zdrowia w uzdrowiskach rodzimych. Dwa powyższe i równolegle występujące zjawiska napawają nas prawdziwą otuchą, że w ciągu niewielu może lat najbliższych dzięki stałemu dopływowi kapitałów wskutek znacznego zwiększania się frekwencji kuracjuszów poziom wewnętrznych urządzeń w uzdrowiskach naszych podniesie się znacznie, że nasze uzdrowiska, przynajmniej niektóre, zdołają zaspokajać nawet wybredne wymagania kuracjuszów i że w tej ważnej gałęzi naszego gospodarstwa narodowego, którą jest przemysł uzdrowiskowy, będziemy mogli dorównać zagranicy i dojść do stanu samowystarczalności. Ale dużo jeszcze, bardzo dużo jest tutaj do zrobienia! Wobec tego uświadomieni i obdarzeni dobrą wolą obywatele, a tembardziej instytucje społeczne ani chwili nie mogą zasypiać w spokoju i wspólnemi skoordynowanemi siłami organizować muszą uzdrowiska nasze na zasadach gospodarczych, równocześnie wszakże, kładąc podwaliny pod naukową organizację tychże. Powołany do życia Związek Uzdrowisk Polskich z siedzibą w Warszawie już zespolił na zasadach ekonomicznych większą część naszych uzdrowisk, wykazuje on dużą i stałą żywotność i planowość pracy i winien stać się ową organizacją, która w gospodarczem podniesieniu naszych uzdrowisk i zdrojowisk odegra rolę znaczną i korzystną. O to, ażeby rozwój naszych uzdrowisk oprzeć na mocnych podstawach nauki, zabiegają organizacje społeczno-lekarskie, że wymienimy usiłowania utworzenia instytutu balneologicznego, czynione przez Towarzystwo Balneologiczne w Krakowie, instytucję dobrze zasłużoną dla pracy podniesienia uzdrowisk naszych, oraz usiłowania powołania do życia katedr balneologicznych na wydziałach lekarskich naszych uniwersytetów, co podniosło Stowarzyszenie Lekarzy Polskich w memorjale, złożonym Panu Ministrowi Oświecenia i Wyznań Religijnych i Panu Ministrowi Spraw Wewnętrznych (27. VI. r. u.). Potrzebę utworzenia katedr balneologji, tych placówek badania naukowego w zakresie balneo- i klimatologji polskiej, uzasadnia memorjał Stowarzyszenia Lekarzy Polskich również i z punktu widzenia pedagogicznego, a to w sposób następujący: „Muszą wyrosnąć i wejść w życie nowe pokolenia lekarskie, gruntownie wyposażone w wiedzę balneo- i klimatologiczną spółczesną i specjalnie polską i one będą owemi rozsadnikami i pionierami naszego zdrojo- i klimatolecznictwa". (Odpis memorjału „Polka Gazeta Lekarska" Nr. 28 i 29 r. u.). Proces jednak organizowania naszych uzdrowisk na zasadach racjonalnych, t. j. gospodarczej i naukowej przyśpieszać należy utrzymywaniem społeczeństwa w ciągłem zainteresowaniu drogą propagandy naszych uzdrowisk i dlatego właśnie Stowarzyszenie Lekarzy Polskich już od dwuch lat urządza w swej siedzibie szereg odczytów z dziedziny balneo- i klimatologji polskiej, pragnąc w ten sposób zapoznać zarówno lekarzy, jak i publiczność naszą z dzisiejszym stanem naszych uzdrowisk, miejscowości i zakładów leczniczych i skierować kuracjuszów do uzdrowisk naszych zamiast do obcych. Oba wzmiankowane cykle odczytów były licznie uczęszczane i spełniły należycie swe zadanie. Z początkiem roku 1928 (luty, marzec, kwiecień) Stowarzyszenie Lekarzy Polskich wzorem dwuch lat ubiegłych przystępuje do zorganizowania 3-ego z kolei cyklu odczytów z zakresu naszej balneologji i klimatologji i z tej racji

zwraca się do wszystkich Zarządów Zdrojowisk, Uzdrowisk i Zakładów leczniczych z wezwaniem, aby, jeśli popierają propagandową akcję Stowarzyszenia Lekarzy Polskich na rzecz naszych uzdrowisk, zechciały wziąć udział w tej pracy zbiorowej. „Odczyty te — powtarzamy ustęp obu odezw poprzednich (p. „Polska Gazeta Lekarska" 1925 Nr. 47 i 1927 Nr. 2) — będą przeznaczone dla lekarzy i studentów. Kuracjusze mogą być dopuszczani w tej myśli, że mogą oni wykazać życzenia co do warunków pobytu w danej miejscowości. Wejście bezpłatne. Każdy zakład leczniczy, który zechce wziąć w tem udział, przyśle sam na dany termin swego mówcę, który w krótkim, a zwięzłym odczycie, trwającym nie dłużej, niż godzinę, przedstawi dane geologiczne, i klimatyczne, własności zdrojów, komunikację, urządzenia balneologiczne, wskazania lecznicze, warunki pobytu, projekty ulepszeń na przyszłość. Po odczycie dyskusja. Postawione dezyderaty będą skrzętnie notowane i będą przesyłane Zarządom wód, oraz brane pod uwagę przy wycieczkach do naszych zdrojowisk, organizowanych przez Stowarzyszenie Lekarzy Polskich w celu poznania naszych zdrojowisk na miejscu". Żywimy uzasadnioną nadzieję, iż wezwanie nasze przyjęte zostanie przychylniej, nawet, niż w dwuch latach ubiegłych, a to dlatego, że już w czerwcu r. u. w chwili rozpoczęcia się sezonów leczniczych w naszych uzdrowiskach Stowarzyszenie Lekarzy Polskich rozesłało do Zarządów poszczególnych zdrojowisk i uzdrowisk przedwstępną odezwę okólnikową, wykazując w niej potrzebę przygotowania zawczasu materjału niezbędnego do odczytów na rok 1928. Zarazem prosimy Zarządy tych uzdrowisk, które w ciągu dwóch lat ostatnich już przysłały swych przedstawicieli z odczytami (a były to uzdrowiska następujące: Busk, Ciechocinek, Druskieniki, Grodzisk, Inowrocław, Iwonicz, Krynica, Morszyn, Nałęczów, Rabka, Szczawnica, Truskawiec), aby, o ile nie uznają za potrzebne przysłać swych prelegentów, zechciały zakomunikować Zarządowi Stowarzyszenia ulepszenia dokonane w sezonie ubiegłym. Materjał nadesłany posłuży nam do przedstawienia w odczycie tego postępu, jaki zaznaczył się w naszych uzdrowiskach w porównaniu do lat poprzednich. Sekretarz, Członek Zarządu: (Dr. med. Cz. Jaworski. Przewodniczący: Dr. Med. E. Osiński.

Zrzeszenie Wdów i Sierót po Lekarzach zwraca się za pośrednictwem Polskiej Gazety Lek. do P. T. Czytelników tego czasopisma, by, zamiast życzeń noworocznych, składali ofiary na rzecz Zrzeszenia Wdów i Sierót po Lekarzach, Warszawa, Chłodna 39-1. Konto P. K. O. Nr. 15,922.

Kraków.

Kursa dla lekarzy. Komisja Kursów dla lekarzy wydziału lekarskiego U. J. zawiadamia, że jak lat poprzednich podobnie i w bieżącym roku szkolnym w czasie od 21 marca do 31 marca 1928 r. odbędą się w Krakowie kursa dla lekarzy. Wszelkich informacyj udziela i przyjmuje zgłoszenia Dr. Ludwik Łuka, Kl. neurologiczna U. J. ul. Kopernika 48. Szczegółowy program kursów zostanie ogłoszony w najbliższych tygodniach.

Prof. dr. Aleksander Rosner został mianowany członkiem honorowym Towarzystwa ginekologicznego w Paryżu.

Prof. dr. St. Ciechanowski został wybrany członkiem honorowym Towarzystwa lekarskiego w Kaliszu.

Otwarcie I. okr. wystawy przeciwgruźliczej w Krakowie. W niedzielę dn. 4. XII. 1927 r. otworzono pierwszą okręgną wystawę przeciwgruźliczą, urządzoną przez krakowski okr. Związek Kas chorych. Otwarcie nastąpiło w obecności min. Dra Jurkiewicza, prof. Dr. Ciechanowskiego, dyr. okr. ubezpieczeń we Lwowie Dr. Szkodzińskiego, nacz. wydz. woj. Kwiatkowskiego, szefa sanitarnego D. O. K. 5 płk. Dr. Korolewicza, prez. m. Rollego, fizyka miejsk. Dra Owsińskiego, insp. szkolnego Janika, lekarza okr. Zw. Kas chorych w Łodzi Dr. Tomaszewicza, oraz dyr. Klemensiewicza i prez. Zw. okr. Kas chorych Dra Kunickiego. Po otwarciu wystawy przez prezesa okr. Zw. K. Ch. Dra Kunickiego, który w przemówieniu swem zaznaczył, że myśl leczenia chorób już się zakorzeniła w społeczeństwie — przemówił min. Dr. Jurkiewicz, podnosząc, że krak. Zw. K. Ch., jako pierwszy w Polsce zainicjował urządzenie wystawy, mającej na celu walkę z gruźlicą. Następnie przemówił dziekan wydz. lek. U. J. prof. Ciechanowski, wskazując na znaczenie walki z gruźlicą, tak z punktu widzenia naukowego, jak i społecznego. Wystawa otwarta będzie przez dwa tygodnie codziennie od godz. 10 rano do 8 wieczorem. Szkoły i organizacje mają wstęp wolny. Osoby pojedyncze płacą wstęp 20 groszy. Zaznaczyć należy, że urządzeniem wystawy, jak również zebraniem wszystkich materjałów, które przedstawiają się bardzo ciekawie, zajął się nadzwyczaj energicznie dyr. okr. Zw. Kas chorych, radca m. Klemensiewicz. Między innemi wystawa obejmuje: preparaty ludzkie co do licznych stadjów gruźliczych, dostarczone przez zakład patologji anatomicznej U. J., szereg tablic zagranicznych i krajowych i t. d.

W niedzielę, dn. 4. XII. 1927 r. odbyła się w Krakowie uroczystość otwarcia nowego gmachu Kasy chorych przy ul. Batorego. W uroczystości wzięli udział reprezentanci rządu, przedstawiciele miejscowych władz państwowych, autonomicznych i wojskowych, oraz przedstawiciele zarządu i dyrekcji Kasy chorych.

Po dokładnem obejrzeniu nowego gmachu, uczestnicy uroczystości zasiedli w jednej ze sal do śniadania, w czasie którego wygłoszono szereg przemówień.

Pierwszy przemawiał prez. Żuławski, a następnie minister Dr. Jurkiewicz, który uznał wielką pracę Kasy chorych w Krakowie — słusznie stawianą na wzór innym. W przemówieniu swem apelował minister do ubezpieczonych, aby ten wysiłek kierownictwa krakowskiej Kasy chorych umieli uszanować i ten wspaniały gmach otoczyli najczulszą opieką. Po przemówieniu ministra zabrał głos imieniem miasta prez. Rolle, który wyraził radość z powstania najwspanialszego gmachu Kasy chorych w Polsce.

Budowa pięknego, okazałego gmachu krakowskiej Kasy chorych, który rozmiarami odpowiada wspaniałym budowom podobnych instytucyj w Pradze, Norymberdze i Dreźnie — powstała za inicjatywą posła Zygmunta Żuławskiego, zasłużonego prezesa K. Ch. oraz dyrektora Kasy Władysława Żychowicza. Dzięki im stanął w Krakowie nowy gmach, który jest chlubą ubezpieczeń społecznych w Polsce.

Nowy gmach Kasy jest imponującą budowlą. Czteropiętrowy budynek dzieli się na dwie części. Frontowa mieści wszystkie biura administracyjne, zaś oficyny posiadają ambulatorja i zakłady lecznicze. Wszystkie ambulatorja i poczekalnie zostały tak zaprojektowane, że każdy dział chorób jest odrębnie traktowany, aby strony zgłaszające się do ordynacji nie stykały się ze wszystkimi, ale czekały na swoją kolej w poczekalniach dla odpowiednich chorób. Obszerne i pełne światła ambulatorja, wyposażone we wszelkie nowoczesne urządzenia lekarskie, robią wrażenie bardzo korzystne. Zasługę postawienia ambulatorjów na wysokim poziomie należy przypisać naczelnym lekarzom Kas chorych w Krakowie i Podgórzu Dr. Stahrowi i Dr. Glassnerowi.

Budowę tego monumentalnego gmachu rozpoczęto na wiosnę 1926 roku, dom zaś został oddany do użytku członków w dn. 28 listopada u. r.

Lwów.

Szpital powszechny we Lwowie dnia 16 u. m. żegnał uroczyście ustępującego z prymarjatu Prof. Dr. Emanuela Macheka, który obok swoich zajęć profesorskich w Uniwersytecie, przez 35 lat prowadził oddział oczny Szpitala powszechnego. W odświętnie przybranej sali wykładowej kliniki okulistycznej w starym lecz pięknym zawsze architekturą swoją gmachu szpitalnym, wobec zgromadzonych prymarjuszów wszystkich oddziałów, profesorów klinicznych i licznej rzeszy lekarzy szpitalnych i byłych uczni, przemówił imieniem Tymczasowego Wydziału Samorządowego, szef szpitalnictwa prezes Szczyrek, który w pięknem przemówieniu podniósł zasługi Jubilata dla umiłowanego przez siebie oddziału i ogrom pracy i bezinteresownego poświęcenia dla licznych rzesz chorych szukających pomocy w szpitalu. Imieniem Szpitala przemówił Dyr. Dr. A. Pohorecki, kreśląc na wstępie życiorys Jubilata i Jego zasługi jako organizatora pierwszego ocznego nowoczesnego oddziału w Polsce. Prymarjusz Dr. A. Musiał, uczeń i następca Prof. Macheka na oddziele, żegnał swego Mistrza imieniem prymarjuszów, podnosząc Jego olbrzymie zasługi na polu chirurgji oka i Jego nadzwyczajną działalność pedagogiczną, dzięki której wyrósł cały zastęp okulistów. Imieniem młodszych lekarzy szpitalnych przemawiała Dr. Balikówna. Głęboko wzruszony piękną uroczystością, w serdecznych słowach dziekował Czcigodny Jubilat, licznie zebranym przedstawicielom świata lekarskiego i na zakończenie uroczystości, wygłosił sam wykład o historji oddziału ocznego w Szpitalu lwowskim i w nadzwyczaj interesujący sposób scharakteryzował swoją 35-letnią, tak pożyteczną dla dobra chorych i nauki polskiej działalność. Dla utrwalenia i upamiętnienia zasług Prof. Macheka w szpitalu lwowskim, staraniem prymarjuszów tego szpitala, umieszczono w dniu uroczystości w sali przyjęć oddziału ocznego, płaskorzeźbę z bronzu, przedstawiającą podobiznę Prof. Macheka, wykonaną przez znaną artystkę P. Smolkówną.

Wolne posady lekarskie. W powiecie Liskim wakuje posada lekarza okręgowego w Cisnej. — Lekarz ewentualnie

obejmujący wymienioną posadę otrzyma również Kasę Chorych. Mieszkanie można obecnie łatwo nająć. Dojazd wąskotorową koleją z Łupkowa do Cisnej. Podania o posadę lekarza okręgowego należy wnosić do Tymcz. Wydziału Samorządowego we Lwowie przez Wydział Rady powiatowej w Lisku.

VII Zjazd Higjenistów Polskich ma się odbyć we Lwowie 26 i 27 maja 1928. Na Zjeździe mają być wygłoszone i omawiane dwa tematy programowe: 1) Podniesienie urządzeń sanitarnych osiedli w Polsce, 2) Organizacja Szpitalnictwa w Polsce. Komitet organizacyjny Zjazdu rozpoczął prace przygotowawcze pod egidą Polskiego Towarzystwa Higjenicznego we Lwowie (Piekarska 52).

Polskie Towarzystwo Higjeniczne we Lwowie rozpoczęło sezon jesienno-zimowy szeregiem odczytów popularnych z zakresu higjeny, objaśnianych przeźroczami. Dotąd wygłoszono: Prym. dr. Lipiński: „O tyfusach, w szczególności o tyfusie brzusznym", wykład aktualny ze względu na liczniejsze przypadki duru brzusznego w związku z powodzią; dr. Andruszewski: „O chorobach wenerycznych" wykład dla mężczyzn, a specjalnie dla młodzieży szkół wyższych, na ten sam temat dr. Hojnacki, wykład dla kobiet; doc. dr. Rothfeld: „O epidemicznem zapalenu rdzenia u dzieci", wykład ze względu na przypadki tej choroby, przedewszystkiem w sąsiadującej Rumunji, dr. Dybowski miał wykład na temat higjeny sportów zimowych, wreszcie dr. Musiał na temat zapobiegania chorobom zakaźnym oka. W sezonie zimowo-wiosennym ma się odbyć cykl wykładów (7) na temat odżywiania. P. Tow. Higjeniczne ma wydawać w dalszym ciągu „Bibljoteczkę Higjeniczną Ludową", wydawnictwo groszowe, przeznaczone dla ludności wiejskiej: dotąd wydało dwie broszury, nagrodzone na konkursie Towarzystwa: dra Mikołajskiego i dra Sawickiego. Prócz tego ma w dalszym ciągu wydawać „Bibljotekę Higjeniczną", przeznaczoną dla ludności miejskiej. Zeszyt X tej bibljoteki opuści prasę w krótkim czasie. Towarzystwo czyni kroki o uzyskanie od miasta lokalu odpowiedniego na urządzenie we Lwowie stałego muzeum higjenicznego, któreby objęło działy z różnych dziedzin higjeny, zawierające eksponaty, przedstawiające w sposób przystępny możliwie wszystko to, co się łączy ściśle z higjeną. Muzeum takie spełnić może znakomicie cele dydaktyczne także dla młodzieży szkolnej.

„Na podstawie uchwały" Centarlnej Rady Związków Zawodowych Lekarzy Dentystów Rzeczypospolitej Polskiej ogłasza się niniejszem bojkot Kasy Chorych w Poznaniu i wzywa Kolegów do nieprzyjmowania posady kierownika Ambulatorjum dentystycznego we wspomnianej Kasie. Za Wydział Związku Stomatologów Lwowskiej Izby Lekarskiej: *Dr. Henryk Allerhand*, prezes, *Dr. Zygmunt Stobiecki*, sekretarz.

Wilno.

Wileńskie Koło Tow. Internistów Polskich. Na dorocznem zebraniu Wileńskiego Koła Towarzystwa Internistów Polskich, które odbyło się 20. XII. 1927 r. zostali wybrani do Zarządu: Prezes — Prof. Dr. A. Januszkiewicz, Wiceprezes — Doc. Dr. A. Safarewicz, sekretarz — Dr. M. Świda, skarbnik — Dr. A. Kapłan. Do Komisji Rewizyjnej weszli: Dr. M. Brodecki, Dr. S. Garniewicz i Dr. L. Toczyłowski.

Z kraju.

Akademja ku uczczeniu pamięci śp. prof. Hornowskiego. Dnia 21 grudnia 1927 r., odbyła się w Zakładzie umysłowo chorych w Kulparkowie uroczysta Akademja z okazji odsłonięcia portretu śp. profesora Dra Józefa Hornowskiego, b. pierwszego prymarjusza, prosektora, oraz twórcy i założyciela pracowni lekarskich w Zakładzie Kulparkowskim. Była to pierwsza podobna uroczystość w historji przeszło półwiekowego istnienia wspomnianego Zakładu. Ogrom pracy oraz wielki talent organizacyjny śp. profesora Józefa Hornowskiego był powodem dla którego grono lekarzy Zakładu Kulparkowskiego zdobyło się samorzutnie na wyraz hołdu i czci dla męża, który w dziejach Szpitala Kulparkowskiego zbudował sobie trwały niewątpliwie pomnik. Uroczystość ową zapoczątkowała msza żałobna za spokój duszy śp. profesora Dra Józefa Hornowskiego odprawiona w Kaplicy Zakładowej. O godz. 11-tej po zagajeniu posiedzenia naukowego przez Dyrektora Zakładu Dra J. Bednarza prymarjusz Dr. W. Janusz, następca profesora J. Hornowskiego w obszernem przemówieniu przedstawił działalność pierwszego prosektora w świetle obecnego kierunku anatomicznego w psychjatrji. Dr. A. Wacyk i F. Berezowski pokazywali ciekawe przypadki z praktyki psychjatrycznej tutejszego Zakładu. Dr. W. Janusz wygłosił wykład p. t.: „Kamień mózgu oraz przyczyny i powody jego powstawania" opracowany wspólnie z Dr. J. Szymonowiczem, pczem Dr. N. Praeger omówił „Nowoczesne prądy w psychjatrji" i wreszcie Dr. H. Katz wyłuszczyła nowoczesne zasady opieki wychowawczo-lekarskiej. Powszechnie uznana powaga prof. J. Hornowskiego, który przez parę lat piastował godność prezesa i sekretarza Lwowskiego Towarzystwa Lekarskiego oraz bogaty nader program urozmaicony przyczyniły się, że na wspomnianą uroczystość przybyli licznie zebrani lekarze ze Lwowa, delegacje wszystkich Szpitali Lwowskich jakoteż specjalna delegacja z Warszawy z p. profesorem L. Paszkiewiczem dyrektorem Zakładu anatomji patologicznej Un. Warsz. Lwowskie Tow. Lek. wysłało swoich przedstawicieli z doc. J. Grekiem na czele. Klinikę chorób wewnętrznych reprezentował prof. R. Rencki, klinikę chorób nerwowych — prof. H. Halban, Zakład uniwersytecki farmakologji — prof. W. Koskowski, Zakład anatomji patologicznej Akademji Weterynarji — Dr. A. Zakrzewski oraz prymarjusz oddziału chorób nerwowych A. Domaszewicz a nadto jawiło się wielu innych gości i członków Lwowskiego Tow. Psychjatrycznego. Z ramienia Wydziału Samorządowego byli obecni prezes J. Szczyrek oraz inspektor szpitalny Dr. K. Lipski. Zarząd Zakładu Kulparkowskiego otrzymał prócz tego wiele depesz i listów od tych, którzy jednocząc się z duchem uroczystości osobiście nie mogli przybyć, a w szczególności od profesora Mazurkiewicza i dyrektora Łuniewskiego z Warszawy, od profesora Skubiszewskiego i jego współpracowników, od profesorów W. Sieradzkiego, Wł. Szymonowicza i T. Zalewskiego i wielu innych.

Ze świata.

Redakcja „Wraczebnoje Dieło" prosi nas o podanie do powszechnej wiadomości, że dn. 1 stycznia 1928 r. odbędzie się w Charkowie uroczystość z powodu 10-letniego jubileuszu istnienia medycznego pisma „Wraczebnoje Dieło".

Zgon Prof. W. Bechterewa. Za pośrednictwem audycji radjofonicznej doszła nas wiadomość, że w ostatnich dniach zakończył życie Prof. W. Bechterew, Członek rosyjskiej Akademji Umiejętności, Prezydent państwowej Akademji Psycho-neurologicznej, Dyrektor państwowego refleksologicznego Instytutu badania mózgu w Leningradzie. Zanim będziemy mogli ogłosić nekrolog Zmarłego, który był jedną z najpotężniejszych osobistości wśród uczonych nietylko słowiańskich, ale wogóle światowych doby dzisiejszej i pracami swemi otworzył nowe horyzonty nauce lekarskiej, wyrażamy tą drogą głęboko odczutą cześć pamięci Wielkiego Myśliciela i Lekarza.

Redakcja otrzymała:

Stefan Dąbrowski: „Zwrot ku poglądom humoralnym w fizjologji i medycynie". Wykład inauguracyjny. Nakład własny. Poznań 1927 r.

Fr. Naróg: „Zaćma żelazowa w świetle lampy szczelinowej i obrazu drobnowidowego (Siderosis cataractae)". Odb. z „Kliniki ocznej" zeszyt III. 1927 r.

Fr. Naróg: „Contribution a la pathogénie des diathèses hémorragiques essentiales. Un cas de purpura thrombolytica haemolytica guéri par la splénectomie". Odb. z „Archives d.ophtalmologie". T. XLIV, Nr. 7, juillet 1927.

Stan. Breyer: „Religja absolutna, czyli Polska filozofja religijna w nowem oświetleniu". Nakład własny. Kraków 1927.

Ed. Rosset: „Alkoholizm w miastach polskich". Nakł. Sekcji do walki z alkoholizmem przy Magistracie miasta Łodzi. Łódź 1927 r.

Leon Bernard et Robert Debré. „Cours d'hygiène". Professé a l'institut d'hygiène de la faculté de médecine de Paris. Wyd. Masson et Cie. Paris 1927. Dwa tomy o 2058 stronach razem.

P. Słonimski: „Sur une modification de l' Ultra-micro-méthode" de Wu-Hsieu et son application a la recherche de l'hémoglobine dans le disques germinatifs des oiseaux". Odb. z „Comptes rendus de séances de la Société de biologie". Tom XCVI, page 1496.

P. Słonimski: Sur l'apparition de l'hémoglobine dans l'aire vasculaire chez le poulet". Comptes rendus de séances de la Société de biologie. Tom XCIV, page 1498.

P. Słonimski: „O metodach przygotowywania szlifów dla celów histologicznych". Odb. z „Przeglądu dentystycznego, Nr. 8 (44) 1926 r.

P. Słonimski: „Ueber die Darstellung winziger Blutgefässe mittels der Benzidinprobe". Odb. z „Zeitschrift f. wissenschaftliche Mikroskopie und f. mikroskopische Technik", Band 44, 1927, S. 1—8.